

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

POUR

N° 294

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Germaine PANNETIER

Née le 5 Octobre 1907, à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 30 JUIN 1943 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ULCÈRES GÉANTS
DE LA PETITE COURBURE
ET DE LA FACE POSTÉRIEURE
DE L'ESTOMAC

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Germaine PANNETIER

Née le 5 Octobre 1907, à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ULCÈRES GÉANTS
DE LA PETITE COURBURE
ET DE LA FACE POSTÉRIEURE
DE L'ESTOMAC

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histologie naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	HARVIER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P.-VALLERY-RADOT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CATHALA.
Clinique des maladies du système nerveux	Robert DEBRE.
Cliniques des maladies infectieuses	LEVY-VALENSI
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CADENAT.
Clinique gynécologique	MONDOR.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	QUENU.
Clinique thérapeutique médicale	BROCQ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale orthopédique	PORTES.
Clinique de cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	LEVEUE.
Assistance Médico-sociale	LOEPER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	SENEQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie cale.	chirur-	DE GENNES	Pathologie cale.	médi-
BARIETY	Pathologie cale.	médi-	JOANNON	Hygiène	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LACOMME	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BOULIN	Pathologie cale.	médi-	LAVIER	Parasitologie.	
BROUET	Pathologie cale.	médi-	LELONG	Pathologie cale.	médi-
BULLIARD	Histologie.		LEMAIRE	Pathologie expé- ri-mentale.	
CACHERA	Pathologie cale.	médi-	LENEGRE	Pharmacologie.	
CORDIER	Anatomie.		Mlle J. LEVY	Pathologie cale.	médi-
COSTE	Pathologie gicale.	médi-	MARCHAL	Pathologie chirur- gicale.	
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MENEGAUX	Pathologie cale.	médi-
DELARUE	Anatomie patholo- gique.		MOLLARET	Pathologie cale.	médi-
DELAY	Pathologie cale.	médi-	MOUQUIN	Pathologie chirur- gicale.	
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Ophthalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		Physiologie.		
DIGONNET	Obstétrique.		RENARD	Pathologie chirur- gicale.	
DOGNON	Physique.		RICHET		
FEVRE	Pathologie gicale.	chirur-	SICARD	Pathologie cale.	médi-
FUNCK-BRENTANO	Pathologie gicale.	chirur-	SOULIE	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		SUREAU	Pathologie cale.	médi-
GARCIN	Pathologie cale.	médi-	TURPIN	Pathologie chirur- gicale.	
Mlle GAUTHIER-	Anatomie patholo- gique.		WILMOTH	Pathologie cale.	médi-
VILLARS					

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie gicale.	chirur-	HUGUENIN	Anatomie Patholo- gique.	
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	— Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.	
HEITZ-BOYER	Pathologie gicale.	chirur-	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.	
			VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAROCHE Guy	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
MOREAU		de GAUDART	
ALAJOUANINE		d'ALLAINES .	
		MOULONGUET .	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
R... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE LOEPER

Professeur de clinique médicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. LEDOUX-LEBARD

Chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté

Radiologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUY LEDOUX-LEBARD

Médecin assistant des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. VILLARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BRECHOT

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LOEPER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. LEMAIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. MARCHAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAPORTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRE

INTRODUCTION

L'ulcère géant de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac n'est pas une affection rare, et les récentes communications faites à son sujet depuis deux ans prouvent tout l'intérêt actuel de son étude. Cet intérêt réside essentiellement dans les problèmes diagnostiques qu'il pose avec les niches malignes des cancers ulcérimorphes.

Définissons tout d'abord *la limite* à partir de laquelle nous considérons l'ulcère comme géant. Nous n'avons retenu en effet que les ulcérations donnant soit à l'endoscopie, soit surtout radiologiquement, soit même au cours d'une exploration chirurgicale, une cavité dont la base mesure *au moins 3 centimètres de diamètre*. C'est à partir de ces dimensions que nous considérons un ulcère comme géant. C'est faute d'un critère de cet ordre que nombre d'auteurs incorporent dans leurs statistiques des ulcérations bien moins étendues qui méritent au plus le qualificatif de grands ulcères.

Après un rappel clinique nous envisagerons successivement les renseignements fournis par les différentes méthodes d'exploration actuellement en usage : examens chimique, gastroscopique et radiologique; nous attachant dans ce travail particulièrement à l'étude radiologique, nous en préciserons la technique et les résultats en insistant sur les caractères de bénignité ou de malignité des niches géantes et en nous efforçant de mettre en relief les signes susceptibles d'orienter le diagnostic. Ils ne sauraient prétendre en effet à être pathognomoniques et de-

vront toujours s'appuyer sur les tests thérapeutiques et l'évolution radio-clinique. La laparotomie ici comme dans les formes de début ne saurait en effet trancher le diagnostic et peut même souvent induire en erreur, l'aspect macroscopique réalisant une forme pseudo-tumorale dont nos observations relatent plusieurs exemples, forme qu'ont isolée MM. R. LEDOUX-LEBARD, GARCIA-CALDÉRON et NEMOURS-AUGUSTE.

Nous terminerons cet exposé en montrant d'après les résultats acquis dans nos observations de niches géantes, la valeur qu'il convient d'attacher à chacune des méthodes d'exploration envisagées.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde gratitude et notre respectueux attachement à notre Maître, M. le Professeur LOEPER, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et nous a fourni une observation particulièrement intéressante.

Le Docteur R. LEDOUX-LEBARD a bien voulu nous confier ce sujet de travail et nous fournir la plupart des documents nécessaires à son élaboration, nous lui en sommes infiniment reconnaissante.

Nous tenons à adresser nos remerciements aux Professeurs Noël FIESSINGER et H. MONDOR, aux Docteurs FAURE-BEAULIEU, BERTRAND-FONTAINE, ALBOT pour l'accueil que nous avons reçu dans leur service et les documents qu'ils ont bien voulu nous confier, ainsi qu'aux Docteurs FAUVERT, LORTAT-JACOB, NARDI et CROZAT.

C'est au Docteur Guy LEDOUX-LEBARD que nous devons l'essentiel de ce travail, il a été notre guide, et c'est grâce à son précieux concours que nous l'avons rédigé; qu'il trouve ici l'expression de notre très vive reconnaissance.

HISTORIQUE

Bien individualisé par MATHIEU et MOUTIER, en 1919, l'ulcère géant de l'estomac n'avait fait jusque-là l'objet d'aucune étude spéciale. Ces vastes pertes de substance semblaient alors tout à fait exceptionnelles et signalées à titre de curiosité.

C'est à VAN DER WIEL que nous devons le premier cas d'ulcération de grande taille. L'auteur relate l'observation d'une vaste perte de substance sous-cardiaque, pouvant admettre le poing et dont le fond était en partie formé par le foie.

Au XIX^e siècle, CRUVEILHIER rapporte 4 cas d'ulcères géants vérifiés anatomiquement. Le plus vaste d'entre eux occupait les deux faces de l'estomac, la petite courbure au voisinage du pylore et le pylore lui-même; ses dimensions atteignaient 16 cm. sur 8 cm.

Dans son Atlas, LEBERT mentionne un ulcère de la petite courbure, perforé en son centre, de 8 cm. sur 6 cm.

BRINTON, en 1870, signale la possibilité d'ulcus de 13 à 15 cm. de diamètre, et DEBOVE fait l'autopsie d'un malade présentant un ulcère de la largeur d'une paume de main.

HABERSOHN et FENWICK auraient rencontré des ulcérations avec destruction presque totale de la muqueuse de l'estomac du cardia au pylore.

En 1901, DUFOUR présente à la Société Anatomique un ulcère gastrique de dimensions considérables, ayant

entraîné la mort du malade par péritonite consécutive à une perforation.

Quelques années plus tard, MATHIEU mentionne un cas d'ulcération de la face postérieure de l'estomac de 8 cm. sur 3 cm.

Les cas publiés demeurent peu nombreux et si les documents anatomiques sont rares, les documents cliniques concernant les ulcus géants font totalement défaut.

C'est à MATHIEU et MOUTIER, en 1919, que nous devons la première étude d'ensemble qui leur ait jamais été consacrée.

En 1920, FAGOT, de Nancy, reprend dans sa thèse l'étude clinique de l'ulcère géant, ajoutant une observation de son maître, le Professeur WEISS, premier cas d'ulcus de grande taille, 10 cm. 6 sur 8 cm, opéré et guéri.

Depuis lors, les cas publiés se multiplient, tant en France qu'à l'étranger. Des observations américaines relatent des pertes de substances énormes : une paume de main (CROHN), 6 cm. sur 11 cm. (BURGER et MERREL), 19 cm. sur 10 cm. (PEABODY).

MATHIEU et GIRAULT rapportent un nouveau cas opéré et guéri. PAUCHET, LÉPOUTRE, DUVAL, LABEY gastrectomisent avec succès de vastes ulcères térébrants ou perforés.

En 1934, BRODIN et Mme TÉDESCO publient l'observation très intéressante d'un malade, dont la vérification anatomique a permis de constater la cicatrisation complète d'un volumineux ulcère adhérent constaté radiologiquement et au cours de l'intervention (gastro-entérostomie pratiquée un an auparavant).

MOUTIER reprend l'étude gastroscopique des ulcères de grande taille et son élève DEBRAY en synthétise les résultats dans sa thèse.

Puis, ce sont MM. R. LEDOUX-LEBARD et NEMOURS-AUGUSTE qui, prenant position contre les auteurs améri-

cains CARMAN et MAC CARTY, prouvent que « toute niche géante n'est pas nécessairement cancéreuse » et en étudient les caractères radiologiques.

Marseille avec MONGES, Toulouse avec LAPORTE, MOREL, DARNAUD et GOURDOU, les Lyonnais avec SAVY, VACHON, ROMAGNY en 1939, plus tard avec RAVAUT, GIRARD et VIALIER, rapportent de nouveaux cas.

En 1939, LANCHOU, guidé par son Maître GUTMANN, consacre sa thèse à l'ulcère géant de l'estomac. Plus récemment, FONDEVILLE et PÉRISSEL fournissent dans leurs thèses, l'un 12, l'autre 13 nouvelles observations, en insistant sur leur siège, sur la portion verticale ou horizontale de l'estomac, ces derniers seuls cancérisables.

En 1942, MM. R. LEDOUX-LEBARD, GARCIA-CALDÉRON et NEMOURS-AUGUSTE consacrent une étude à leur diagnostic radiologique et individualisent la forme *pseudotumorale* de l'ulcère géant.

Puis, MM. BRULÉ et HILLEMAND, dans une communication récente faite à la Société Médicale des Hôpitaux, rapportent 15 nouvelles observations de niches géantes de la petite courbure et insistent sur la difficulté du diagnostic étiologique.

C'est donc, munis d'une importante documentation et après avoir réuni et étudié près de 100 observations — si nous comptons nos observations personnelles — que nous abordons l'étude des ulcères géants de l'estomac.

CLINIQUE

ETIOLOGIE.

L'ulcère géant de l'estomac, comme les ulcères en général, présente une évolution essentiellement cyclique; il évolue par poussées successives, avec périodes intercalaires de rémission totale. Sa cicatrisation spontanée n'est pas rare.

Il s'observe généralement chez des sujets à réactions affaiblies, vieillards surtout, mais aussi sujets débilités ou fatigués. On le rencontre avec le maximum de fréquence entre 50 et 60 ans, puis de 60 à 70 ans et enfin de 40 à 50 ans. On l'a même observé chez des sujets plus jeunes, et nous rapportons l'observation d'une malade de 28 ans. (Obs. IV.)

Cette prédominance chez les sujets âgés se concevait pour MATHIEU et MOUTIER du fait de la lenteur d'évolution du processus ulcéreux. Si cette notion se vérifie en ce qui concerne les ulcères invétérés à évolution chronique, elle n'est plus exacte pour les ulcères à évolution aiguë qui apparaissent en quelques semaines et disparaissent de même par le traitement médical. Si nous reprenons l'observation de notre jeune malade, sa niche géante est apparue en un mois, pour disparaître complètement dans le même laps de temps, par le traitement médical.

Les causes d'ulcus géants demeurent les mêmes que celles des ulcères habituels.

Parmi les facteurs prédisposants, une mention spé-

ciale revient au terrain. L'ulcère est héréditaire dans 5 à 10 % des cas, selon les auteurs, soit qu'il s'agisse d'une prédisposition réelle par transmission d'une véritable fragilité gastrique, soit qu'il faille incriminer des fautes de régime, souvent communes à toute une famille.

L'ulcus se rencontre avec plus de fréquence chez l'homme que chez la femme; cette prédominance se retrouve aussi pour l'ulcère géant : trois fois plus souvent chez l'homme que chez la femme, dit MOUTIER. Toutefois, il semble qu'au cours de ces derniers temps, l'ulcère survienne avec une fréquence accrue chez la femme. Nous avons en effet relevé, tant dans la littérature que dans nos observations personnelles, 64 hommes pour 24 femmes, mais un certain nombre d'observations ne spécifient pas le sexe. Toutes les causes d'altérations de la muqueuse gastrique prédisposent à l'ulcus, et on a pu incriminer l'éthylisme, les écarts de régime, l'abus du tabac.

Récemment, notre Maître, M. BERGERET, rapportant à l'Académie de Chirurgie un exposé de M. LAMBLING, accordait un rôle d'importance, dans la genèse et la fréquence accrue des ulcères, à la carence en vitamines, conséquence des restrictions alimentaires.

Il résulte de l'état actuel de nos connaissances que si l'infection est un facteur étiologique des plus importants, le rôle du terrain est indiscutable, facilitant l'apparition d'ulcus géants d'emblée dès la première poussée. Les pluricarences actuelles semblent également jouer un rôle important, des statistiques récentes ont montré, en effet, que la proportion des ulcus gastriques avait augmenté.

SYMPTOMES.

Les premiers symptômes cliniques de l'ulcère peuvent éclater au cours d'une bonne santé apparente, ou survenir chez des sujets présentant un passé gastrique plus ou moins riche. C'est *l'interrogatoire*, dont l'import-

tance est capitale, qui permet de préciser les divers éléments du diagnostic clinique.

Dans les cas typiques, il s'agit d'un *syndrome douloureux* post-prandial, tardif ou semi-tardif, à évolution franchement périodique, avec phases de rémission.

Il peut s'agir de douleurs vives, à type de crampes, de brûlures, de torsion, de siège bien épigastrique, irradiant sous le rebord costal gauche et vers le rachis, réalisant une douleur transfixiante en broche. Cette douleur, évoluant par crises, évoque nettement l'ulcère, mais, parfois, elle est continue, sans aucune rémission spontanée, évoquant les troubles dyspeptiques du cancer.

Contrairement au début décrit classiquement, les ulcères commencent non par une période progressive indistincte, mais, d'emblée, par une poussée, dès les premiers jours de laquelle tous les signes cliniques et radiologiques sont nets (R.-A. GUTMANN).

Parallèlement au syndrome douloureux, s'installent d'autres signes digestifs : anorexie élective ou globale, entraînant toujours un amaigrissement considérable et une asthénie intense.

Dans certains cas, l'appétit est conservé, mais les malades s'alimentent à peine par crainte de la douleur (10 de nos observations). Celle-ci se calme plus ou moins difficilement par l'absorption d'aliments ou d'alcalins.

Les *vomissements* sont loin d'être constants; nous les avons observés dans environ la moitié de nos cas. Ils coïncident alors avec les paroxysmes douloureux. Alimentaires s'ils surviennent peu de temps après les repas, ils sont muqueux et d'un liquide filant, agaçant parfois les dents, s'ils se produisent vers la fin de la digestion. Il est à noter que l'ulcère de la petite courbure ne donne pas de fringales impérieuses et qu'il provoque, plutôt que des vomissements, un état nauséux et une salivation abondante par irritation du pneumogastrique. Ces ma-

lades sont en effet des vagotoniques, comme l'a montré notre Maître, le Professeur LOEPER.

Bien que, dans sa thèse, FAGOT mentionne l'hématémèse comme un symptôme absolument constant, nous ne l'avons pas rencontré une seule fois dans nos 14 observations mais, dans deux cas, des gastrorragies occultes ont été décelées par la présence d'un méloena isolé; dans un troisième cas, les réactions de MEYER et WEBER se sont montrées positives. M. GUTMANN a observé un début hémorragique.

En somme, grosse valeur de la symptomatologie fonctionnelle à laquelle assez fréquemment s'associent des troubles généraux marqués : asthénie, amaigrissement intense pouvant aboutir à une cachexie des plus impressionnante, s'accompagnant d'anémie avec pâleur accentuée des téguments et des muqueuses, rappelant parfois le faciès cancéreux, d'où l'aspect pseudo-néoplasique de certains ulcères géants.

Comme l'ont décrit MM. MOUTIER et GIRAULT, certains ulcères géants de la petite courbure évoluent insidieusement sans déterminer aucun trouble dyspeptique. Cette latence s'explique par le siège même de la lésion, la petite courbure ne déterminant pas de gêne organique ou fonctionnelle. Localisé à la face postérieure, l'ulcus géant entraîne parfois un syndrome solaire atrocement douloureux qui, dans plusieurs de nos observations, a conduit à l'intervention.

GROUPEMENT ET ASPECTS CLINIQUES.

L'ulcus géant de l'estomac peut présenter l'évolution habituelle de l'ulcère : crises douloureuses périodiques avec phases de rémission chez des malades ayant un passé paroxystique ancien aboutissant à l'ulcus invétéré de MM. MATHIEU et MOUTIER ou ulcus calleux avec douleurs moins vives, plus permanentes, plus diffuses, pouvant mener à un état de cachexie simulant le cancer.

A côté de ces formes chroniques, il faut insister sur la fréquence des ulcères récents, évoluant *d'une seule tenue*. Chez un individu n'ayant aucun passé digestif, surviennent pour la première fois, sans raison, des douleurs tardives pouvant présenter d'emblée des caractères anormaux et graves : intensité des douleurs, hémorragies, altération de l'état général. Il convient de ne pas se laisser influencer par la brièveté de l'histoire clinique et il faut toujours se demander si un ulcère ne vient pas de commencer. Or, dès qu'éclate, même pour la première fois, le tableau clinique, le tableau radiologique est là au complet, pouvant montrer des niches énormes, allant parfois jusqu'à la monstruosité. (Obs. IV et VII.)

Les formes aiguës, fréquentes actuellement sur les terrains peu résistants et carencés, réalisent souvent de grands ulcères, mais assez rarement des ulcères géants.

Les Lyonnais avec MM. SAVY, VACHON et ROMAGNY, rapportent plusieurs observations d'ulcères géants, réalisant un syndrome « d'ulcère cancéroforme » ; il s'agit de sujets âgés ou débilités qui présentent depuis quelques mois des douleurs épigastriques post-prandiales tardives, d'évolution continue, accompagnées d'atteinte de l'état général. La radioscopie montre d'énormes niches profondes de la portion verticale de la petite courbure. Cette variété pose avec le cancer ulcéroforme un problème de diagnostic difficile dont dépendent pronostic et traitement.

MM. R. LEDOUX-LEBARD, GARCIA-CALDÉRON et NE-MOURS-AUGUSTE ont, en 1942, individualisé une forme clinique bien particulière : l'ulcère géant à *forme pseudo-tumorale*.

Cliniquement, il est caractérisé par une symptomatologie où dominant : asthénie, pâleur, amaigrissement. La douleur plus ou moins vive est continue ou sub-continue. L'aspect général du malade évoque donc la possibilité d'une lésion maligne.

Radiologiquement, il s'agit le plus souvent d'ulcères

haut situés sur la petite courbure; la niche, qui additionne son ombre à celle de la petite courbure, présente des contours réguliers; une zone claire sépare fréquemment l'ulcère de la paroi gastrique. La muqueuse présente, tantôt de gros plis de gastrite s'arrêtant sur l'œdème, tantôt les plis convergent vers la niche.

L'intervention chirurgicale semble affirmer la tumeur et se borne à une laparotomie exploratrice ou à une gastro-entérostomie.

Aux caractères de malignité suspectés par la clinique, et l'examen macroscopique s'opposent donc les signes radiologiques qui orientent vers une lésion bénigne. Le diagnostic de bénignité s'est montré confirmé dans nos observations par l'évolution vers la guérison. (Obs. II, III, IV, IX.) Jointes aux signes cliniques pseudo-néoplasiques, les laparotomies exploratrices pratiquées par des chirurgiens avertis ayant fait dans ces cas porter le diagnostic de néoformation justifie bien la dénomination de forme pseudo-tumorale.

EXAMEN

L'étude des signes physiques ne fournit que peu de renseignements importants. On peut, en période de crise, trouver un point douloureux épigastrique, une discrète contracture musculaire localisée. L'importance de ce point douloureux fixe sur la petite courbure, toujours retrouvé au même endroit au cours d'examens successifs, doit être relevée.

Si l'ulcus est à retentissement pylorique, il existe dès le début une sténose spasmodique avec possibilité d'ondulations péristaltiques et, à un stade plus avancé, clapotage à jeun.

Exceptionnellement, il existe une tuméfaction épigastrique siégeant principalement dans la région pylorique à droite de la ligne médiane, au niveau de la petite courbure; elle n'est généralement sentie que pendant les ins-

pirations très profondes. Il s'agit alors le plus souvent d'un ulcus avec périviscérite. En cas de tumeur gastrique, il ne faut jamais oublier de rechercher s'il coexiste des ganglions axillaires ou sus-claviculaires gauches, leur présence constitue, en effet, un élément capital pour le diagnostic différentiel.

Généralement au cours de l'ulcus géant, il n'y a pas de réaction ganglionnaire dans ces territoires, mais la présence de ganglions volumineux dans le grand épiploon, se développant de préférence près du pylore est souvent notée. Au cours des interventions chez deux de nos malades, on a trouvé de gros ganglions coronaires (Obs. I et X).

Le siège de ces masses ganglionnaires, leur taille, indiquent qu'elles correspondent à une réaction inflammatoire banale, à une défense locale de l'organisme. Ce sont les lymphangites, résultant d'inflammations limitées qui provoquent les adénites.

EXAMENS PARACLINIQUES.

Tubage gastrique.

Le tubage gastrique devra être pratiqué avec des tubes minces, tube d'EINHORN ou tube de SCHLUMBERGER, afin d'éviter les éraillures de la muqueuse. Dans ces conditions, la présence de sang dans le liquide gastrique conserve toute sa valeur; c'est un signe intéressant bien que très inconstant.

On dit classiquement que le liquide gastrique est hyperchlorhydrique au cours des ulcères, hypochlorhydrique au cours des cancers; en fait, il n'existe pas de modifications caractéristiques du taux de l'acide chlorhydrique. La chlorhydrie est fréquemment abaissée dans les lésions bénignes, l'achlorhydrie même n'est pas exceptionnelle alors que certains cancers à formes ulcéreuses, s'accompagnent d'hyperchlorhydrie.

L'étude du chimisme gastrique fournit donc des renseignements qui n'ont rien de pathognomoniques :

- au cours de l'ulcère, hyper, hypo ou achlorhydrie;
- au cours de vieux ulcères avec gastrite, la chlorhydrie est fréquemment normale ou abaissée;
- certains cancers sont hyper ou hypochlorhydriques.

D'après COMFORT et VARZAUT, plus les dimensions de la niche cancéreuse augmentent, plus l'acide chlorhydrique baisse. Pour eux, une forte anachlorhydrie milite en faveur d'une tumeur, une grosse niche avec hyperchlorhydrie en faveur d'un ulcère.

Le dosage du chlore total et des bases totales ne présente aucun intérêt pratique, donnant des résultats parallèles à la mesure de l'acide chlorhydrique libre.

L'étude du suc gastrique présente donc peu d'intérêt diagnostique mais bien plutôt un intérêt thérapeutique, l'hyperchlorhydrie augmentant les douleurs et nécessitant un traitement spécial.

Sang dans les selles.

Les hémorragies occultes seront décelées par des méthodes simples, la plus précise est la réaction de WEBER ou la réaction d'ADLER à la benzidine.

Cette recherche doit être faite dans des conditions très stricte. S'étant placé dans les conditions optima, les hémorragies occultes, coïncidant avec des poussées douloureuses épigastriques et strictement limitées à leur durée, constituent un symptôme intéressant mais instable d'ulcère. Nous ne l'avons observé que chez un de nos malades (Obs. XII). L'absence d'hémorragie occulte ne permet pas de tirer de conclusions, quant à la continuité des hémorragies occultes, elle n'est pas dans les allures d'un ulcère pur.

GASTROSCOPIE

Méthode d'appoint dans le diagnostic des affections gastriques, la gastroscopie est le seul procédé médical permettant d'apprécier directement l'aspect de la muqueuse gastrique. Elle apportera donc son concours dans l'étude des ulcères géants, étant susceptible d'orienter parfois le diagnostic dans certains cas difficiles.

S'agit-il d'une lésion ulcéreuse volumineuse mais bénigne, ou d'une affection néoplasique ?

M. CHEVALLIER a décrit un véritable syndrome gastroscopique du cancer, caractérisé par l'absence de gastrite rétractile, la rigidité et l'aspect cartonné de la muqueuse autour de l'ulcération : « état cartonné leuco-atropho-amyxique ». Pour lui, la disparition des plis, la sécheresse de la muqueuse, sa pâleur ne s'observent jamais au contact d'un ulcère non cancéreux. Par contre, l'ulcère banal se complique souvent d'une gastrite hypertrophique, à gros plis, congestive et hypermyxique.

Les ulcères géants de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac présentent un aspect endoscopique identique. M. MOUTIER en a précisé les caractéristiques : ces estomacs n'ont pas d'hypertonie, aucune hyperkinésie, pas de réaction spasmodique, aucune intolérance à l'air.

Le fond de l'ulcère est souvent revêtu d'une fausse membrane ne permettant pas de distinguer les inégalités éventuelles de ce fond. Parfois, il présente des bosselures correspondant au pancréas, il s'agit alors électivement

d'ulcères géants de la face postérieure de l'estomac qui finissent presque toujours par s'ouvrir dans le pancréas.

L'examen de l'ulcus est souvent rendu difficile par l'existence d'un bourrelet péri-ulcéreux renforcé par un œdème considérable.

D'après l'étude endoscopique, il est aisé de comprendre les dimensions, parfois énormes, de l'image cavitaire observée à l'examen radioscopique; c'est qu'en effet la niche répond à l'ulcère, renforcé de l'œdème des bords. Son aspect est donc variable. Par contre, il ne semble pas y avoir de spasmes péri-ulcéreux, pas de grosses bourses de contractions comme on en observe avec les ulcères de petites dimensions.

Dans un nombre limité de cas, l'image cavitaire radiologique peut exprimer vraiment l'ulcère anatomique, il s'agit d'ulcères anciens, d'ulcères calleux ou d'ulcères extériorisés.

Par contre, l'image cavitaire peut exister sans ulcère en activité, il s'agit alors d'images par périviscérite, absolument indépendantes de l'ulcère.

On voit donc toute l'importance de ces réactions œdémateuses et inflammatoires de la muqueuse gastrique, dans l'interprétation des images radiologiques.

Certains grands ulcères ont, sous l'influence de traitements appropriés, évolué vers la cicatrisation, et l'endoscopie a pu permettre d'en suivre l'évolution.

On admet que l'ulcère peut être comblé par des exsudats fibrineux, représentant l'amorce d'un processus de guérison, il s'agit d'une évolution favorable, et non d'une disparition de la plaie, la niche pouvant brusquement réapparaître si le bouchon fibrineux se trouve balayé. Notre Maître, le Professeur LOEPER, a bien insisté sur cette possibilité particulièrement soutenue par l'école allemande de gastroscopie.

RADIOLOGIE

Si l'histoire clinique de la maladie présente une valeur diagnostique indiscutable pour l'ulcère de l'estomac, l'examen radiologique est un temps indispensable qui permet d'affirmer son existence et fournit des renseignements de grande valeur quant au fonctionnement général de l'estomac, à l'extension des lésions. Ce sont les études cliniques et radiologiques comparées qui permettront le diagnostic et surtout l'étude de ses signes dans le temps, au cours d'examens successifs, qui fournira les données les plus importantes pour confirmer le diagnostic, porter un pronostic et instituer une thérapeutique.

Pour que cet examen ait toute sa valeur, la nécessité d'une technique parfaite s'impose, technique que nous allons rappeler brièvement, en nous référant aux travaux de M. R. LEDOUX-LEBARD.

L'examen sera toujours pratiqué à jeun, précédé d'un lavage gastrique s'il existe une sténose du pylore. L'on commencera l'examen en station verticale, et on ne négligera jamais l'inspection radioscopique préalable du thorax et de l'ensemble de l'abdomen.

Placé derrière l'écran, le malade tient de la main gauche une tasse contenant 200 à 250 cc. de lait baryté. En le faisant boire lentement, on observera à l'écran, après une première gorgée prise isolément, le passage du mélange jusqu'à la réplétion complète de l'estomac. Un premier cliché d'ensemble pourra être pris à ce moment.

Ensuite, par la palpation sous écran, on s'assurera de

la mobilité des diverses portions accessibles et on recherchera les zones douloureuses. La palpation ascendante, en faisant refluer le liquide opaque, permettra parfois d'accrocher une niche de la face postérieure. L'examen sera également pratiqué sous des incidences obliques et même de profil, particulièrement importantes pour les ulcères géants de la face postérieure. On observe le péristaltisme, le passage pylorique, l'aspect du bulbe et son état de réplétion. En station verticale, le cliché d'ensemble suffira le plus souvent.

Puis, on examinera le sujet dans le décubitus d'abord dorsal, puis ventral et oblique, et l'on prendra toujours en principe des radiographies dont une vue d'ensemble en décubitus dorsal, ventral et en demi-profil, puis des clichés en série qui viseront essentiellement la ou les régions suspectes. Si on le juge utile, on prendra des vues en compression localisée qui aura l'avantage de mettre en évidence le relief muqueux au voisinage de la niche. La constance des images anormales découvertes est d'une nécessité absolue pour établir un diagnostic positif, et ne peut être affirmée que par la radiographie en série.

Les clichés doivent être parfaitement nets et pris dans des temps très courts.

On associera la technique radiographique à la radioscopie avec palpation et incidences variées. La palpation sous-écran est en effet indispensable pour l'étude de la sensibilité et de la localisation topographique de la douleur; elle joue un rôle indispensable dans l'étude du relief muqueux.

L'étude de la muqueuse gastrique est particulièrement intéressante pour déceler les processus lésionnels au début, — les déformations organiques sont alors minimales et la muqueuse est seule atteinte, — ou pour trancher un diagnostic hésitant. Lorsqu'on voudra étudier la muqueuse, on commencera par cet examen, par la méthode dite « en couche mince », qui permet d'apprécier la morphologie du revêtement, ses saillies, ses creux ou

ses plissements. La technique la plus recommandable consiste à faire adhérer à la muqueuse un mince vernis opaque. La gélobarine ordinaire donne des images satisfaisantes si l'on a soin de n'en faire avaler qu'une très faible quantité que des positions diverses, successives, prises par le malade; et un massage de l'abdomen réparent également sur les parois digestives. L'adhérence est facilitée si l'on incorpore un jaune d'œuf à la gélobarine, et l'on obtient ainsi des images bien contrastées.

On peut du reste augmenter les qualités de luminosité et de contraste des images radiologiques en injectant un gaz. En pratique, on utilise peu la dilatation gazeuse qui est assez pénible pour le malade.

LA NICHE GÉANTE DE LA PETITE COURBURE.

D'observation aisée, l'ulcère de la petite courbure est le plus facilement décelé par les techniques radiologiques habituelles.

Il siège sur la petite courbure, dans la région qui commence un peu au-dessous du cardia et s'arrête au-dessus de l'angle de l'estomac, cette portion verticale de l'estomac étant la localisation la plus fréquente, la région moyenne, le siège de prédilection. Cette localisation présente un intérêt capital, l'ulcus géant de la petite courbure y est bénin, ne se transformant pratiquement jamais.

Par ordre de fréquence, nous signalerons les ulcères géants de la face postérieure de l'estomac, puis, sièges exceptionnels et ne faisant pas l'objet de notre étude, ceux de la face antérieure et de la grande courbure. Nous avons relevé un cas de chacune de ces localisations dans la littérature.

Un de nos malades présentait une niche de l'angle de la petite courbure et pas un seul ulcère de la portion horizontale de la petite courbure n'a été relevé. Ces dernières localisations sont d'un pronostic plus réservé, la

transformation cancéreuse de l'ulcère y étant fréquente.

Taille. — Nous avons défini en commençant ce travail, que nous considérons comme niches géantes, celles de dimensions supérieures à 3 centimètres, leurs dimensions variant d'une noix à celles d'une grosse mandarine, 7 centimètres dans notre observation II, 4 centimètres 5 en moyenne, et leur profondeur étant généralement de 2 centimètres en moyenne.

Forme et aspect. — De forme circulaire ou demi-circulaire, se présentant sous l'aspect décrit et interprété par HAUDECK, la niche constitue un signe radiologique pathognomonique d'ulcère. Le plus habituellement uniformément opaque, l'image diverticulaire se présente sous des formes différentes qui peuvent correspondre soit à son stade d'évolution et au degré de pénétration dans la paroi gastrique ou dans les organes voisins, soit à des modifications du rebord de l'ulcère dont la saillie par prolifération inflammatoire, par infiltration œdémateuse ou par tout autre mécanisme, exagère l'apparente profondeur.

Le plus souvent arrondie ou ovalaire, la niche peut aussi présenter un aspect triangulaire d'interprétation délicate, plus rarement elle est plate, et M. GUTMANN a même observé une niche en plateau bénigne. L'image d'un ménisque est caractérisée par la présence *au-dessous* de la niche, d'un sillon clair demi-circulaire et concave qui borde l'ombre si elle est vue de profil, l'entoure si elle est de face, ce signe décrit par CARMAN, s'observe le plus souvent dans les lésions malignes mais peut également traduire le bourrelet induré ou inflammatoire qui entoure un ulcère, en cas de gastrite ou de sténose, son apparition peut être réalisée par un remplissage imparfait ou par la compression.

Le *fond et les contours* de la niche sont nets, arrondis, réguliers; ils peuvent parfois présenter un aspect irrégulier au cours d'une poussée ulcéreuse, aspect dû

à des causes multiples, turgescence, présence de grumeaux de mucus, de fausses membranes, de petits caillots, de débris alimentaires. De même la niche peut devenir irrégulière lorsque son fond est constitué par un organe (pancréas) ou en cas de périgastrite. L'opacité de la niche est généralement uniforme, cependant dans deux de nos observations (VIII et XII) la niche était presque divisée par un large trait vertical, lui donnant un aspect en *navette*.

L'estomac autour de la niche. — Quelle que soit la nature de l'ulcération, elle peut être séparée du reste de l'estomac par un rebord clair, correspondant à l'œdème, à l'hyperplasie et à l'éversement des bords. Ce rebord clair ou bien est situé entre la niche et l'estomac, en dehors de lui, ou bien reste mince, filiforme ou disparaît à la compression, tous arguments contre la malignité. La niche est nettement située *en dehors* du profil gastrique, en continuation directe avec la petite courbure; elle additionne son ombre à celle de l'estomac, et c'est là un signe important. A noter toutefois que la suture d'une niche bénigne perforée peut réaliser un faux aspect encastré. Par sa base d'implantation, elle s'ouvre directement dans la cavité gastrique, ou peut plus exceptionnellement communiquer avec elle par un trajet plus ou moins long, plus ou moins étroit s'il s'agit d'ulcère pénétrant.

Les renseignements fournis par l'étude de la muqueuse gastrique ne sont pas à négliger. La convergence des plis vers la lésion indique avec une quasi-certitude que la lésion est bénigne, mais n'a aucune valeur pour prouver qu'un ulcère n'est pas transformé. C'est donc un signe rassurant, sur la petite courbure où l'ulcère ne se transforme pratiquement pas, appoint précieux mais qui n'existe pas dans tous les cas. C'est surtout un signe d'ulcère à tendance sclérosante, d'ulcère qui se rétracte et évolue vers la guérison (Obs. III, X). Dans les ulcères géants d'allure aiguë ou subaiguë, tendant vers l'enva-

hissement périphérique, elle est absente ou peu nette et n'a même pas toujours été constatée après guérison.

Parfois, de vieux ulcères peuvent présenter des plis épaissis, irréguliers; certains aspects gastritiques caractérisés par de l'œdème, du gonflement, un état succulent de la muqueuse, peuvent réaliser des aspects anormaux et suspects des plis.

En ce qui concerne l'élargissement des plis, il est toujours difficile de distinguer l'épaississement de la gastrite et l'infiltration plus limitée des plis au voisinage du cancer.

L'estomac à distance. — La niche géante de l'estomac s'accompagne tantôt de *rétraction de la petite courbure* et c'est là un signe important, tantôt d'enroulement de la petite courbure sur elle-même, réalisant les aspects classiques en bourse et en escargot. L'existence d'une rétraction accompagnant une grosse niche est en faveur de l'ulcère, mais son absence très suspecte de malignité est fréquente.

Sur la grande courbure on observe les encoches et les incisures réflexes spasmodiques siégeant en face de l'ulcère. Les bords de cette encoche sont souples, la palpation les mobilise, les déforme mais sans déplacer l'incisure qui se reforme au même point. Des déformations multiples dues aux adhérences, brides et processus de rétraction scléreuse, de périviscérite peuvent également siéger sur la grande courbure. Les deux processus, spasmodique et organique, s'associent habituellement, pouvant conduire à la biloculation gastrique qui, typique, est un bon signe en faveur de l'ulcère.

La présence d'une grosse niche, sur la petite courbure de longueur normale avec pylore resté en place, est suspecte à moins qu'il s'agisse d'un ulcère aigu.

Ces modifications des courbures et du pylore dépendent à la fois de la niche ulcéreuse et de la périgastrite. L'estomac ulcéreux est spastique, hyperkinétique. Une infiltration juxtapylorique, ou des phénomènes réflexes

peuvent entraîner une insuffisance pylorique ou des spasmes de cet organe. Les contractions péristaltiques arrivent souvent jusqu'à la niche ulcéreuse, leur arrêt en un point fixe invariable est donc un indice des plus appréciable.

LA NICHE GÉANTE DE LA FACE POSTÉRIEURE.

Parmi les localisations qui passent facilement inaperçues lors des examens radiologiques pratiqués selon les techniques habituelles, il en est une qui se place au premier rang par sa fréquence relative, c'est l'ulcère de la face postérieure de l'estomac. Le diagnostic radiologique est plus ou moins difficile suivant leur localisation par rapport à la petite courbure et aussi suivant la taille de la niche, car les niches géantes postérieures ont tendance à s'extérioriser au cours de leur évolution vers l'une des courbures. Si la niche est placée sur le versant postérieur de la petite courbure, assez près d'elle, il suffit d'utiliser une incidence légèrement oblique pour faire apparaître une niche du bord gastrique.

D'autres fois, le voisinage de l'ulcère se traduit par une rigidité segmentaire, une légère rétraction de la petite courbure; là encore, l'examen en position oblique fera apparaître la niche.

Par contre, les ulcères sous-tubérositaires, invisibles en examen frontal ou oblique, ne modifient ni l'aspect, ni la souplesse de la petite courbure. Leur mise en évidence nécessitera l'emploi de techniques spéciales sur lesquelles nous voulons insister.

Si, selon une technique recommandée depuis longtemps par M. R. LEDOUX-LEBARD, on fait ingérer au malade la gélobarine par petites gorgées, on peut accrocher au passage une niche fugace, puis, utilisant une méthode préconisée par KELLER, par la palpation ascendante, on refoule de bas en haut la substance opaque qui peut faire apparaître la niche ulcéreuse. Dans quelques cas, l'exa-

men en station verticale suffit au diagnostic, la niche restant visible plus ou moins longtemps. M. NEMOURS-AUGUSTE recommande d'attendre une évacuation partielle de l'estomac qui permet à la tache ulcéreuse d'émerger en station debout au-dessus du niveau du liquide opaque.

Parfois des signes indirects tels que incisure de la grande courbure, convergence des plis poussent à préciser l'étude de la face postérieure de l'estomac. On examinera alors le malade en *décubitus dorsal à demi-incliné*, suivant une technique sur laquelle ont insisté MM. R. LEDOUX-LEBARD et GARCIA-CALDÉRON. Le malade ayant absorbé une quantité suffisante de gélobarine, une couche, dont la minceur dépend du degré de la réplétion gastrique, recouvre la face postérieure qui, dans cette position, devient inférieure. Cette couche est surmontée par l'air de la grosse tubérosité qui soulève la paroi antérieure de l'estomac. On obtient très souvent, sans autre artifice, une très bonne image du relief de la muqueuse de la face postérieure.

L'incidence de *profil* se prête également à l'étude des ulcères de la face postérieure, toutefois, l'image radiologique est souvent peu précise à cause de l'épaisseur des tissus à traverser, elle permettra de rechercher le refoulement possible de l'estomac par la périgastrite ou une réaction pancréatique (Obs. IX).

Le *décubitus dorsal* est donc la méthode de choix, l'image ulcéreuse, de taille considérable, contrastant avec l'intégrité des courbures et l'apparente normalité des images prises en *procubitus* et en station verticale.

DÉDUCTIONS TIRÉES DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE.

L'examen radiologique permet de préciser le siège de l'ulcère et c'est là un point capital. M. GUTMANN ne dit-il pas que le nœud du problème réside dans la localisation de la niche : au-dessus de l'angle, elle est le plus souvent bénigne. On appréciera sa situation par rapport à

la paroi gastrique : est-elle en saillie, en dehors de la petite courbure, ou au contraire en retrait, encastrée ?

La taille de la niche sera également précisée, elle ne préjuge d'aucun caractère particulier, contrairement à l'opinion américaine qui veut qu'au-dessus de 3 centimètres les niches soient toujours cancéreuses. On a dit que les niches ulcéreuses étaient plus profondes que larges, ce signe est absolument dépourvu de valeur en ce qui concerne les ulcères géants; ceux-ci peuvent s'étendre en surface sur une grande étendue de la muqueuse et être relativement peu creusant, leur profondeur se tient autour de 2 cm. dans la majorité des observations, cependant les niches plates sont l'exception.

Une biloculation gastrique typique, la déviation des plis, sont des signes de bénignité en faveur de l'ulcère, il en est de même de la rétraction de la petite courbure avec déplacement du pylore.

Mais tous ces signes peuvent se présenter plus ou moins modifiés dans leurs caractères, rendant le diagnostic des plus difficiles. L'infiltration inflammatoire et œdémateuse péri-ulcéreuse souvent très intense, est à l'origine des signes radiologiques pseudo-néoplasiques.

Certains ulcères peuvent simuler une niche en plateau. Les ulcères pénétrés sont souvent d'interprétation difficile, les adhérences, les brides, les processus scléreux, la périviscérite posant des diagnostics délicats avec les niches cancéreuses.

Il sera donc possible, en général, par un examen bien conduit d'établir le caractère bénin ou malin de la niche étudiée, pour quelques-unes cette appréciation restera plus difficile et elles seront considérées comme plus ou moins suspectes.

Mais il serait hasardeux de vouloir affirmer la bénignité de la niche au terme d'un seul examen radiologique, et c'est la confrontation des éléments cliniques, radioscopiques, gastroscopiques et surtout évolutifs, qui

permettront de fixer le diagnostic, d'où la nécessité de répéter les examens radiologiques.

La recherche du caractère bénin ou malin, basé souvent sur des finesses diagnostiques, pourrait paraître inutile ou dangereuse. En fait elle n'est pas sans intérêt, d'abord, en ce qu'elle apporte des conclusions valables — toutes nos observations de niches géantes considérées comme bénignes se sont confirmées l'être, soit à l'examen anatomique, soit par leur évolution — ensuite parce que tout ulcère géant n'indique pas nécessairement une gastrectomie, qu'il peut exister une contre-indication à l'intervention et qu'il est bon de pouvoir porter un pronostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Tous les signes vus précédemment ne permettent pas d'affirmer une lésion ulcéreuse constituée, ils donnent seulement la probabilité d'une ulcération de la muqueuse gastrique en un point désigné qui est la petite courbure dans la majorité des cas. Il conviendra donc d'éliminer les fausses niches, les niches malignes, les niches d'étiologies exceptionnelles avant d'aboutir au diagnostic d'ulcus.

LES FAUSSES NICHES

Les *diverticules* vrais comme les niches ulcéreuses donnent des images par addition. Au niveau de l'estomac ils sont exceptionnels, sauf au niveau de la partie supérieure de la petite courbure « diverticules sous-tubérositaires » sur lesquels ont insisté MM. R. LEDOUX-LEBARD, HILLEMANT et GARCIA-CALDÉRON, mais ils deviennent rarement volumineux.

Une *onde péristaltique* immobilisée peut donner une image diverticulaire, d'où la nécessité des radiographies en série.

A son union avec l'antra, la petite courbure peut dessiner une voussure qui, si elle est surmontée d'une bulle

d'air colique, peut faire croire à l'existence d'une niche de HAUDECK.

Une niche de la petite courbure pourra être simulée par l'*angle duodéno-jéjunal* ou une anse grêle (Obs. XIII). Une cause d'erreur rare, c'est la projection en image de niche, de l'ombre d'une calcification ganglionnaire en cas d'estomac biloculaire vrai.

L'existence de la niche étant affirmée, le diagnostic étiologique reste à préciser. S'agit-il vraiment d'une niche ulcéreuse bénigne, ou s'agit-il d'une niche maligne ?

LA NICHE CANCÉREUSE

La niche maligne s'inscrit *en dedans* de la petite courbure, signe mis en évidence en réunissant d'un trait les parties saines de la courbure au-dessus et au-dessous de la niche, mais qui peut être en défaut, elle est souvent encastree.

Son siège le plus fréquent est la région pylorique, 60 % des cas, puis la petite courbure. La niche souvent irrégulière, non homogène, se présente dans les cas typiques sous forme de niche en plateau, de grande niche triangulaire, de niche dans une lacune, niche à ménisque. Ses contours sont abrupts, plus ou moins déchiquetés; elle est limitée à ses extrémités par un rebord en forme de talus. Rigide, elle ne change pas de forme sous l'action des ondes péristaltiques qui cependant peuvent la soulever et modifier son orientation. Quelquefois, la séparant du reste de l'ombre gastrique, une bordure claire, correspondant à la projection des bords, donne les images en ménisque, en pessaire. Le fond de la niche est irrégulier. Sa teinte est souvent plus pâle que le reste de l'ombre gastrique.

Parfois, la niche cancéreuse présente l'aspect banal d'une niche ulcéreuse, dans ce cas, il est important d'étudier attentivement l'estomac au pourtour de la niche.

L'estomac autour de la niche. — La niche est séparée

de la partie saine de la petite courbure par une encoche de valeur diagnostique considérable qui, dans les cas les plus typiques, se raccorde à la partie normale de la petite courbure par un angle aigu qui traduit l'interruption brusque du sillon de la petite courbure.

Le pourtour de la niche peut présenter un aspect grignoté, traduisant une lacune au début. A l'étude de cette surface péri-lésionnelle, appartient le signe du ménisque. L'ombre de la niche peut se prolonger vers l'intérieur de l'ombre gastrique, traduisant une ulcération profonde entourée d'infiltrations irrégulières, et présenter des « radicales » (ALBOT) tranchant en sombre sur la clarté de la lacune.

L'étude de la muqueuse gastrique est des plus intéressantes, les plis sont épaissis, irréguliers, comme taillés dans la paraffine, ils traduisent la propagation sous la muqueuse du processus cancéreux; les plis ne sont plus centrés en étoile sur la lésion comme dans l'ulcère, mais enchevêtrés, jetés au hasard avec interruption brusque au niveau de la lésion.

L'estomac à distance. — La petite courbure est normale, non rétractée; le pylore n'est pas attiré vers la gauche; on peut voir sur la grande courbure, opposée à la niche, une rétraction localisée constante et fixe, qui, simple, ne devra pas être confondue avec l'incisure spasmodique en face d'un ulcère, formée de plusieurs dents, devra être distinguée de petites ondes péristaltiques. Signalons l'importance majeure de cette rétraction localisée qui traduit une attraction organique par une traînée néoplasique qui amarre la grande courbure et constitue le « signe du drapé ».

L'étude de la motricité gastrique ne présente que peu d'intérêt pour le diagnostic précoce. Comme l'estomac ulcéreux, l'estomac cancéreux peut être spastique et hyperkinétique, mais ces phénomènes sont souvent moins marqués. Les contractions péristaltiques n'arrivent pas jusqu'à la niche cancéreuse, elles s'arrêtent avant. Une

insuffisance pylorique coïncidant avec des signes d'infiltration juxta-pyloriques, réalise un ensemble d'allure très cancéreuse.

Ainsi donc, les niches plates, irrégulières, encastrées, reposant sur une lacune, s'accompagnant d'un arrêt brusque du pli de la petite courbure avec absence de convergence des plis de la muqueuse et rétraction localisée de la grande courbure, sont de caractère hautement suspect.

Toutefois, certaines niches ulcéreuses peuvent, nous l'avons vu, présenter des contours plus ou moins irréguliers dus à l'œdème, la pénétration, la périgastrite.

Certains ulcères pénétrés sont d'interprétation délicate.

L'ulcère transformé n'existe pratiquement pas au niveau de la portion verticale de la petite courbure, mais le cancer primitif est loin d'y être exceptionnel. Par contre l'ulcère de la face postérieure est susceptible de cancérisation.

Signes cliniques. — Le cancer a un début d'une insidiosité extrême qu'il faut bien connaître; à ce moment, tout est vague : il existe quelques troubles dyspeptiques, quelques vagues douleurs épigastriques, des nausées plutôt que des vomissements, de l'inappétence, de l'aérophagie. Les hémorragies inconstantes, sont très rares au début, plus fréquentes sont les hémorragies occultes se traduisant par un mélcœna. Les troubles généraux sont caractérisés par de la lassitude et surtout, signe le plus constant, par un amaigrissement progressif et rapide en même temps que le teint se modifie. L'anémie est souvent peu marquée au début.

L'examen clinique du malade est le plus souvent négatif. Très souvent latent, le cancer de la petite courbure ne donne pas au début de masse perceptible, et les troubles du transit ne se manifestent que tardivement lors de l'extension au pylore ou au cardia. Le cancer des faces est plus rare, parfois, la tumeur peut exceptionnellement être perçue.

Tubage. — Le chimisme gastrique donne peu de renseignements au stade de début. S'il est admis que les cancers gastriques avancés présentent un certain degré d'hypo ou d'anachlorhydrie, à leur tout début, le chimisme peut être normal, ou même déceler une hyperchlorhydrie.

La gastroscopie. — Si elle permet parfois de constater un état spécial de l'antré inerte, rigide, exempt de mucus, de coloration blanc-jaunâtre, lisse et sans aucun pli, au stade de début, elle n'apporte aucun renseignement utile.

Si donc, l'anachlorhydrie possède une réelle valeur comme témoin de l'existence d'un cancer avancé, si la réaction de WEBER positive dans les selles, peut traduire la présence d'une tumeur gastrique qui saigne, leur valeur n'est pas pathognomonique, et la radiographie leur est infiniment supérieure comme procédé d'exploration. C'est effectivement à la radiographie qu'il faut avant tout recourir, mais il faut savoir lire et interpréter les clichés.

L'existence d'une lacune, la constatation de la rigidité segmentaire tranchent la question en faveur du néoplasme, mais, ce sont des signes d'apparition tardive. Au début, il est souvent fort difficile de distinguer la niche cancéreuse de la niche ulcéreuse. Le diagnostic s'établit soit sur l'aspect spécial de la niche, soit surtout sur l'évolution.

EVOLUTION. — On institue pendant quelques semaines un traitement médical : repos, injections, protéinothérapie intra-veineuse, et l'on suit l'évolution clinique et radiologique.

Comment se comporte l'ulcère.

Diminution et disparition des niches dans les ulcères simples.

L'ulcère évolue par poussées; chaque poussée a un début brusque et les signes radiologiques se constituent

immédiatement. Après avoir duré plusieurs semaines, dans les cas types, la crise se termine spontanément et les signes radiologiques disparaissent. Après un laps de temps plus ou moins long, une nouvelle poussée peut survenir.

Les signes radiologiques s'établissent d'emblée et disparaissent spontanément et rapidement. Ce fait se comprend aisément si l'on considère que la niche radiologique représente à la fois la perte de substance due à l'ulcération, et les réactions congestives, œdémateuses et spasmodiques. Ce sont ces éléments qui se constituent et s'effacent extrêmement rapidement, entraînant la mise à plat de l'ulcère.

D'emblée ou progressivement, certains ulcères ont tendance à persister. Dans ces cas, la thérapeutique active peut avoir une heureuse influence et faire régresser puis disparaître les signes cliniques et radiologiques.

On devra cependant se montrer très sévère sur les critères radiologiques de disparition des ulcères. L'absence de niche sur un seul cliché ne suffit pas, il sera nécessaire de faire des examens en oblique et surtout avec compression dosée qui permet de déceler la persistance des plus petites niches.

Diminution des signes radiologiques.

Sous l'influence d'une thérapeutique même très active, certaines niches considérées comme ulcéreuses diminuent mais ne disparaissent pas complètement. Constatation favorable, mais qui exige une surveillance radiologique sérieuse.

Des ulcères perforés bouchés ou fixés par des adhérences, des ulcères térébrants, prennent un aspect immuable sur lequel la thérapeutique médicale demeure sans action, ce sont les ulcères à forme pseudo-néoplasique.

Comment se comporte le cancer.

Persistence ou augmentation de la niche.

Toute niche qui persiste ou tend à augmenter, doit faire suspecter le cancer, soit le cancer ulcérimforme, soit la transformation d'un vieil ulcus.

Dans le cancer au début, l'évolution clinique, par poussées avec rémissions spontanées est fréquente, mais, les signes radiologiques persistent. De plus, la thérapeutique possède une remarquable efficacité sur les phénomènes douloureux du cancer au début, mais non sur les signes radiologiques. Ainsi donc, si après le traitement médical, l'image radiologique n'a aucune tendance à s'améliorer; malgré la sédation clinique, la lésion doit être considérée comme très suspecte et conduire à la gastrectomie. Il faut cependant connaître la possibilité de modification des images radiologiques ou de leur diminution, le traitement étant susceptible d'agir sur les lésions associées d'œdème ou de gastrite (images organofonctionnelles, R.-A. GUTMANN, ALBOT).

Constataions opératoires.

Lorsque l'intervention est décidée, l'inspection après laparotomie ne permet pas toujours de distinguer ces tumeurs inflammatoires adhérentes de tous côtés, du véritable cancer.

L'étude des pièces anatomiques fournit l'explication des signes radiologiques. Sur la pièce de résection, l'ulcère semble toujours moins profond que ne le laissait supposer l'image radiologique. Cela est dû à l'étalement de la région péri-ulcéreuse grâce à l'affaissement des tissus par suppression du tonus musculaire et déplétion vasculaire. C'est ainsi qu'à la fin d'une poussée ulcéreuse, il y a une mise à plat de l'ulcère par disparition des phénomènes inflammatoires et spastiques.

Si l'ulcère est térébrant, perforé et bouché, le chirurgien

gien devra rompre les brides et adhérences scléreuses qui fixent la lésion dans un viscère voisin. Ces lésions ulcéreuses extériorisées et fixées expliquent les cas de guérison clinique, sans modifications radiologiques.

NICHES D'AUTRES ÉTIOLOGIES

Elles sont exceptionnelles et atteignent rarement des dimensions susceptibles de les faire entrer dans le cadre des ulcères géants.

Niches tuberculeuses.

Le diagnostic est des plus difficiles. Dans la majorité des cas, l'ulcus tuberculeux est une révélation d'autopsie et les examens anatomo-pathologiques démontrent son existence indubitable (Obs. de MM. N. FIESSINGER, M. GAULTIER et M. LAMOTTE).

Il est des cas où l'on trouve un ulcère typique chez des tuberculeux sans lésion spécifique, parfois même, on trouve des bacilles acido-résistants, mais leur présence ne suffit pas à conférer à la lésion la signature tuberculeuse, la déglutition des crachats bacillifères pouvant l'expliquer.

Niches syphilitiques.

Existe-t-il un ulcus syphilitique indéniable ?

La présence de tréponèmes dans la lésion gastrique d'un syphilitique ayant présenté un syndrome clinique ulcéreux avec niche constatée à la radiographie, n'existe pas. Toutefois, WARTHIN, en Amérique, a constaté la présence du tréponème dans un ulcus excisé, ce qui nous autorise à admettre l'existence de l'ulcus syphilitique.

Schwannome.

La tumeur, intra-gastrique, siège électivement sur les faces et près de la petite courbure, donnant à la radiographie une image de niche de face, un aspect en cocarde,

dont le Professeur MONDOR a publié une très belle observation et dont MM. ALBOT et LIBAUDE ont repris l'étude.

La lecture des clichés de profil est plus difficile.

Les courbures sont intactes, leur souplesse est conservée, les contractions passent normalement. Il n'y a pas de convergence des plis comme dans l'ulcère, pas d'arrêt brusque comme dans le cancer, les plis sont conservés jusqu'au contact de la tumeur.

Répetons-le, ces dernières étiologies sont tout à fait exceptionnelles, et c'est pratiquement avec le cancer ulcé-riforme que l'ulcère géant de l'estomac posera les problèmes diagnostiques les plus délicats.

LES ELEMENTS DIAGNOSTIQUES

Si l'interrogatoire et l'examen clinique sont une base indispensable, ils ne permettent pas le plus souvent de poser d'emblée un diagnostic précis, ils ne donnent aucune indication valable sur le siège exact de la lésion, aucune constatation objective.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA RADIOLOGIE.

C'est l'exploration radiologique qui, montrant l'existence d'une niche, apporte un signe, quasi pathognomonique, permettant d'affirmer l'existence d'une ulcération; elle en précise le siège, la taille. L'étude des caractères de la niche, de l'estomac à son voisinage et à distance, fournit des renseignements d'une importance capitale qui, s'ils ne permettent pas à coup sûr de faire une discrimination certaine entre ulcère et cancer, dans la majorité des cas sont suffisants pour porter le diagnostic de suspect ou de non suspect.

Par des examens successifs et répétés, la radiologie permet en outre de suivre l'évolution de l'ulcère, confirmant ou infirmant le diagnostic de bénignité ou de malignité porté lors d'un premier examen et dans la série heureuse, nous en convenons, de nos observations, a toujours fourni ce renseignement dont l'exactitude a été vérifiée.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA GASTROSCOPIE.

Intéressante, certes, la gastroscopie ne doit toutefois être considérée que comme une méthode d'appoint, « un

luxé » (R.-A. GUTMANN). Elle fournit des précisions sur l'état des bords de l'ulcère, sur l'aspect du fond, sur l'état de la muqueuse gastrique, mais elle ne permet pas de poser un diagnostic de nature.

Au cours de l'évolution, elle permet d'affirmer la cicatrisation, qui se fait parfois sans aucune trace.

VALEUR ET LIMITES DES DEUX MÉTHODES.

La radiologie ne peut reconnaître avec certitude que les ulcères qui forment une cavité, ceux susceptibles d'être remplis par la substance opaque. L'existence de contractions, escamotant l'ulcère au moment de l'examen radiologique, pourrait donc, semble-t-il, dans des cas exceptionnels, fausser les données d'un examen. Les examens successifs permettent de ne tenir aucun compte de cette cause d'erreur, non valable d'ailleurs pour les ulcères géants, trop vastes et s'accompagnant souvent d'induration et d'atonie.

Au cours de l'évolution de la poussée ulcéreuse, la radiologie permet d'affirmer la disparition de la niche, c'est-à-dire la mise à plat de l'ulcère par effacement des réactions péri-ulcéreuses sans que toutefois la cicatrisation de la lésion soit certaine.

Nous n'envisagerons pas ici les difficultés techniques que peuvent présenter certaines localisations, puisque seuls les ulcères géants de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac font l'objet de notre étude et que, dans un précédent chapitre, nous avons envisagé les méthodes susceptibles de les mettre en évidence.

Certaines régions de l'estomac peuvent échapper à l'examen endoscopique, c'est ainsi que la partie sous-cardiaque de l'estomac demeure une zone inexplorée. le gastroscopie ne pouvant atteindre ni la paroi postérieure, ni la grosse tubérosité. De même, la petite courbure dans sa portion prépylorique est d'un examen difficile.

Dans les cas où la gastroscopie permet d'avoir une

vue nette sur la lésion, elle n'autorise certes pas à poser un diagnostic de nature, « c'est tout simplement impossible » (KONJETZNY). L'ulcère bénin, l'ulcère transformé et le cancer ulcérimforme ne présentent aucune différence objective lors d'un examen endoscopique précoce.

Les constatations radiologiques et endoscopiques ont pu être en accord ou s'opposer.

C'est ainsi que certains ulcères visibles radiologiquement ont pu ne pas être retrouvés lors d'un examen gastroscopique ultérieur. Des alternatives de béance et d'occlusion de la niche permettent d'expliquer ces faits, montrant qu'un examen gastroscopique négatif ne prouve pas nécessairement qu'il n'y a pas de lésion.

En revanche, M. MOUTIER aurait constaté, à deux reprises, de gros ulcères très profonds à l'examen endoscopique, la radiologie n'en donnant aucune image. Nous avons donné plus haut l'explication de ce fait. Remarquons cependant que pour comparer valablement les deux méthodes, les constatations d'un observateur de la valeur de M. MOUTIER ne devront être mises en balance du côté radiologique qu'avec celles d'un spécialiste averti ayant suivi une technique rigoureuse et interprété les clichés avec toutes les finesses désirables.

Si la confrontation des examens clinique, radiologique, endoscopique, chimique est indispensable pour poser un diagnostic certain d'ulcère géant de la petite courbure ou de la face postérieure, la radiologie demeure le procédé d'exploration de choix, auquel R.-A. GUTMANN accorde une supériorité incontestable. On devra donc toujours lui demander tous les renseignements qu'il est capable de fournir avant de recourir à l'endoscopie.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

RESULTATS - EVOLUTION

Si l'on suit l'évolution de la thérapeutique de l'ulcère depuis 1830, date à laquelle CRUVEILHIER a véritablement découvert la maladie, on est frappé par la multiplicité des découvertes et des pourcentages de guérison assez uniformes, voisins d'ailleurs de ceux que l'évolution naturelle de la maladie, avec ses rémissions spontanées, permet de constater cliniquement.

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que l'ulcère géant pouvait donner des caractères radiologiques malins, et que l'histoire clinique, l'allure évolutive, pouvaient être des plus suspectes, avec douleurs parfois modérées, anorexie, état général plus ou moins altéré, d'où nécessité absolue pour apprécier la bénignité ou la malignité d'une niche et des déformations voisines, de suivre leur évolution clinique et radiologique sous l'influence d'une thérapeutique appropriée. L'ulcère présente en effet une tendance spontanée à la guérison, tendance soulignée par une très grande sensibilité thérapeutique.

LE TRAITEMENT MÉDICAL

Les traitements actuels les plus utilisés sont, dans les formes communes, banales, la médication sédatrice avec le bismuth, le kaolin, le titane et la belladone. Les acides aminés auraient pour but de provoquer une hypersécrétion de mucus.

Notre Maître, le Professeur LOEPER, a obtenu des

résultats en utilisant une solution neutre de pepsine à 0 gr. 05 par centimètre cube. On pratique une série de 15 injections intra-musculaires, à raison de trois par semaine, en commençant par 1/4 de cc. et en augmentant de cette quantité jusqu'à 2 cc. Une seconde série peut être faite après trois semaines de repos. Il s'agirait d'une médication désensibilisante.

La protéinothérapie intra-veineuse constitue le traitement le plus actif. On pratiquera une série de 12 à 18 injections intra-veineuses de soluprotine à raison de trois injections par semaine, en commençant par 1/4 de cc. et en augmentant de 1/4 par injection jusqu'à 2 cc. et exceptionnellement 2 cc. 1/2 et 3 cc. selon le poids du sujet et ses réactions. La dose sera diluée dans 10 cc. de sérum physiologique, ou mieux encore, dans du sérum hyposulfité à 2 pour 10, qui évitera les phénomènes de choc. L'injection doit être poussée très lentement, en dehors des périodes digestives, le malade étant étendu. Dans ces conditions, il n'y a pas de réaction dans la majorité des cas. La protéinothérapie semble surtout agir sur l'élément inflammatoire.

La méthode est contre-indiquée lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses et en cas de néphrite chronique, de cardiopathie décompensée, d'angine de poitrine.

Le plus souvent, les douleurs cèdent rapidement. Le caractère bénin de la lésion pourra être affirmé avec une certitude pratiquement absolue, lorsque sous l'influence de ce traitement, il y a, à la fois, disparition des signes cliniques et radiologiques.

La lésion peut être bénigne lorsque à la disparition des signes cliniques, correspond une diminution des signes radiologiques, à condition que celle-ci soit bien réelle et ne corresponde pas à des différences de technique. Constatation favorable, certes, mais ne justifiant ni un pronostic absolument bénin, ni l'arrêt du traitement, ni surtout la cessation du contrôle radiologique. L'épreuve du temps est alors indispensable : « le

test thérapeutique fait disparaître ce qui est bénin et laisse en place ce qui est malin, la diminution lente d'une image ne suffit donc pas pour affirmer sa bénignité, il faut atteindre et attendre sa disparition complète ou quasi-complète » (R.-A. GUTMANN).

Si la niche ne diminue pas, il convient de tenir compte de la localisation : située sur la portion verticale de la petite courbure, les suspicions de malignité seront faibles et les résultats cliniques, radiologiques et thérapeutiques interprétés dans un esprit optimiste; sur la face postérieure de l'estomac, ces résultats seront déjà plus suspects. Les processus scléreux peuvent en effet poser des problèmes radiologiques difficiles, les lésions ulcéreuses extériorisées, entourées et fixées par des tissus scléreux peuvent avoir acquis des caractères irréguliers, immuables, que le traitement d'épreuve ne modifiera plus.

Sous l'influence d'un traitement même actif, les douleurs de l'ulcère peuvent persister, l'intervention est alors indiquée. Il en est de même, lorsque surviennent des hématoméses abondantes et répétées chez un sujet atteint d'ulcère ancien. La sténose reconnue par des examens radiologiques répétés pose également une indication opératoire. La perforation rend l'intervention indispensable.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

D'une manière générale, l'opération variera suivant le siège et l'aspect de la lésion.

La gastro-entérostomie ne sera pratiquée qu'en cas d'ulcère cicatriciel sténosant le pylore, ou d'ulcère calleux extrêmement adhérent lorsque l'état général ne permet pas la gastrectomie. Même dans ces cas, notre Maître, M. BERGERET, préfère pratiquer une exclusion en sectionnant le corps de l'estomac très à gauche, et en fermant le bout distal en faisant une implantation gastro-jéjunale définitive selon les procédés habituels. La gastrectomie

pratiquée dans un deuxième temps, dans ces conditions, est alors très simple à faire. Pourtant, si l'état général impose une intervention très courte, on se contentera d'une gastro-entérostomie.

Malgré la gastro-entérostomie, les douleurs gastriques peuvent persister, ou apparaître de nouveau. C'est qu'en effet, la véritable complication génératrice des douleurs post-opératoires, c'est la persistance ou la récurrence du processus ulcéreux qui se produirait avec une particulière fréquence pour les ulcères de la petite courbure — 20 à 50 % des cas. La réapparition des douleurs peut être due aussi à l'existence d'un ulcère peptique — 10 % des cas, — qui, si le traitement médical échoue, pose une indication opératoire formelle.

Donc, tout ulcère qui demeure douloureux après traitement médical, tout ulcère invétéré largement creusé, tout ulcère perforé bouché, paraissent entraîner, lorsque la chose est possible, l'indication d'une *gastrectomie*. Cette gastrectomie sera large, emportant une partie du corps de l'estomac, la continuité étant rétablie par une implantation gastro-jéjunale large de 6 à 8 centimètres, qui assure une évacuation facile.

Aux techniques d'exérèse habituelles, on pourra substituer la gastrectomie en gouttière de PAUCHET ou le procédé de TOUPET et GIBERT qui en dérive, lorsqu'il s'agira d'ulcères haut situés sur la petite courbure. Dans ces cas également, si l'ulcère n'infiltré pas trop loin l'estomac vers l'antrum pylorique, on pourra pratiquer une antropylorectomie large pour réduction de l'acidité. Intervention qui entraîne une faible mortalité, donne des résultats satisfaisants, mais laisse l'ulcère en place.

« On peut faire des gastrectomies totales, mais c'est certainement une opération injustifiée pour ulcère » (WELLS). En effet, la gravité de l'intervention s'oppose à la bénignité apparente de la maladie ulcéreuse, toutefois, dans certains cas, on peut être amené à la pratiquer exceptionnellement. C'est ainsi que dans deux de nos

observations (Obs. X, XI), les malades ont subi une gastrectomie totale. Dans les deux cas il s'agissait d'ulcères très haut situés, pour l'un, la persistance de la douleur, l'atteinte de l'état général, l'aspect radiologique étaient en faveur d'une néoformation (Obs. X). L'examen de l'estomac, après laparotomie, ne permettant pas de trancher entre ulcère ou cancer, le chirurgien pratique une gastrectomie totale de sécurité. Pour l'autre (Obs. XI), il s'agissait d'un ulcère douloureux rebelle au traitement médical, l'étendue des lésions et l'énorme infiltration ont conduit à la gastrectomie totale de nécessité.

Nous concluons avec notre Maître, M. BERGERET, pour préférer à la gastro-entérostomie qui semble une très bonne opération, la gastrectomie qui paraît une opération meilleure parce qu'elle enlève l'ulcère et la zone où se développent les ulcères. La gastrectomie totale n'étant utilisée, répétons-le, que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Les gastrectomies pour ulcères donnent 85 % de bons résultats (Professeur SÉNÈQUE), les fonctions digestives sont satisfaisantes, à condition que les opérés prennent des repas plus fréquents et moins abondants que de coutume.

Nous ne pouvons terminer cet exposé sans dire un mot de la chirurgie du sympathique. Le Professeur LERICHE et ses élèves, s'appuyant sur les travaux de M. REILLY, ont publié des cas où la splanchnicectomie uni ou bilatérale, associée à l'ablation du premier ou des deux premiers ganglions sympathiques lombaires, a donné des résultats surprenants de par la rapidité de l'effacement des niches, et la suppression de toute la symptomatologie. Nous ne pouvons que mentionner ces résultats.

Deux de nos malades ont été traités par des infiltrations anesthésiques du sympathique. L'un d'eux (M. W..., Obs. VI), après six infiltrations des splanchniques par la novocaïne au 1/200°, a subi une amélioration clinique et radiologique, la niche a diminué des trois quarts en un

mois. Après six mois d'accalmie, les douleurs ont repris, n'étant plus calmées par les piqûres, et nécessitant une gastrectomie. L'autre (M. L..., Obs. XIV), a subi neuf injections de la région des ganglions semi-lunaires, et a vu ses douleurs diminuer et changer de caractères après la quatrième infiltration; aucune modification radiologique de la niche.

Ces faits ne nous permettent pas de conclure, l'épreuve du temps est nécessaire, toutefois, ils constituent une donnée intéressante quant à la pathogénie possible de l'ulcère.

En conclusion, nos résultats personnels montrent que le traitement médical agit dans un certain nombre de cas, et en particulier dans les formes aiguës (Obs. IV et V). Par contre, nombre d'ulcères géants à évolution prolongée ne se modifient pas et justifient une gastrectomie étant donné la douleur et les troubles qu'ils provoquent. Huit de nos malades ont été gastrectomisés (Obs. I, VI, VII, IX, X, XI, XII et XIII). L'un d'eux (Obs. IX) avait eu antérieurement une laparotomie exploratrice qui avait fait porter le diagnostic opératoire de lésion maligne.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(R. LEDOUX-LEBARD, J. GARCIA-CALDÉRON et NEMOURS-AUGUSTE.)

Ulcère géant de la petite courbure à forme pseudo-tumorale.

M. B... consulte dans le service du Professeur GOSSET, en janvier 1936, parce qu'il souffre de troubles gastriques. C'est un malade âgé de 55 ans, très fatigué et amaigri. Jusqu'en novembre 1934, il s'est bien porté. A partir de cette époque, il aurait souffert pendant un mois de crises douloureuses gastriques. La douleur était vive, avec des tiraillements et siégeait à l'épigastre, irradiant vers les deux rebords costaux et dans le dos. Elle survenait 4 heures après les repas, durait 2 heures environ et était calmée par les alcalins.

De plus, le malade avait parfois des vomissements alimentaires et aqueux, d'un liquide agaçant les dents.

Au cours de cette crise, le malade restreint son alimentation.

Au début de novembre 1935, nouvelle crise qui serait calquée sur la précédente si la douleur n'avait pris une allure un peu plus continue, si elle n'était un peu plus vive, surtout en station verticale.

Il n'y a pas au cours de cette crise de vomissements alimentaires ou aqueux.

Le malade a de l'inappétence et du fait de sa douleur *maigrit beaucoup*.

La crise se prolonge et ne paraît pas devoir cesser comme la précédente.

Ce malade est adressé à M. le Docteur R. LEDOUX-LEBARD pour examen radiologique le 24 janvier 1936.

On trouve un estomac tonique, de kinésie modérée, ne contenant pas de liquide à jeun, à portion horizontale *clargie transversalement*.

Sur la partie supérieure de la petite courbure, niche volumineuse, les ondes arrivent jusqu'à cette niche.

La palpation sous écran pour l'étude de la muqueuse ne montre pas de convergence des plis.

La niche est plus large dans son grand axe que dans sa zone d'implantation (5 cm. sur 1 cm. 5).

Il existe une zone claire séparant l'ulcère de la paroi gastrique, cette clarté est plus marquée aux deux extrémités qu'au centre, les extrémités paraissent décollées, séparées de la paroi gastrique. Mais, fait important sur lequel nous reviendrons, cette clarté n'a pas de limites bien dessinées, elle se fond peu à peu avec la teinte plus sombre de l'estomac, elle représente l'œdème et l'infiltration qui entourent la niche.

Les bords de la niche sont réguliers et nets, ainsi que la paroi gastrique avoisinante. On ne voit, à la radioscopie, aucune image de flou, de paroi déchiquetée sur la niche elle-même ou sur l'estomac; aucune image irrégulière.

En quelque position que l'on examine le malade, les aspects sont semblables.

La niche a plus ou moins l'aspect d'un chapeau de gendarme.

Radiologiquement, on pense qu'il s'agit d'un volumineux ulcère sans dégénérescence maligne.

Le malade entre dans le service.

Pas de température. Urée sanguine 0 gr. 30. Bordet-Wassermann négatif.

Globules rouges : 4.000.000 ; globules blancs : 7.000, formule normale.

Opéré par le docteur CHARRIER.

Ulcus du volume d'une mandarine. Il existe un bloc formé par la petite courbure ulcérée à mi-hauteur de la partie verticale, et le corps du pancréas, ce dernier est extrêmement induré.

Gros ganglions coronaires.

Décollement de l'ulcère d'avec le pancréas. Gastrectomie. Examen de la pièce par le docteur Ivan BERTRAND. Ulcère de la petite courbure, remarquable par l'énorme œdème de la paroi qui rappelle certaines linites plastiques. Cet œdème frappe non seulement la sous-muqueuse, mais même la musculuse, dont les fibres prennent un curieux aspect réticulé.

Ulcère à fond granulomateux sans transformation néoplasique.

Réaction vasculaire modérée. Les divers ganglions examinés ne montrent que des réactions inflammatoires.

En résumé, malade ayant présenté deux ans auparavant une crise de douleurs tardives, ayant duré un mois, nouvelle crise plus vive, plus continue. Niche volumineuse sur la partie supérieure de la petite courbure. Pas de convergence des plis. Les ondes arrivent jusqu'à la niche. Gastrectomie.

OBSERVATION II

(R. LEDOUX-LEBARD, J. GARCIA-CALDÉRON et NEMOURS-AUGUSTE.)

Ulcère géant de la petite courbure à forme pseudo-tumorale.

M. Z..., 57 ans, ébéniste, vient consulter dans le service du Professeur GOSSET, le 5 octobre 1940, parce qu'il souffre de l'estomac depuis 6 mois, tous les jours.

Les douleurs commencent 3 à 4 heures après les repas, elles sont localisées dans la région épigastrique et parfois un peu plus bas dans la région ombilicale. Ces douleurs durent quelquefois 5 à 6 heures, surviennent à chaque repas et sont calmées par les aliments.

Le malade ne vomit pas. Il restreint son alimentation et a maigri de 10 kilogrammes.

Globules rouges : 3.480.000 ; globules blancs : 12.800.

Pas de température pendant l'hospitalisation.

Urée sanguine 0,49.

Examen radiologique (service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD).

— Grand estomac contenant du liquide à jeun. La portion horizontale est *élargie transversalement*. L'évacuation est normale. On voit une grosse niche sur la petite courbure de l'estomac à la partie inférieure, empiétant sur l'angle, avec un cerne clair d'œdème et de gros plis de gastrite.

Sur le cliché en couche mince, on voit que l'œdème débute bien en amont et dépasse la niche en aval sur la portion horizontale de la petite courbure. Les gros plis, sans converger, viennent s'arrêter sur l'œdème.

La niche est située dans une zone très cancérisable. Nous portons le diagnostic d'ulcère en faisant une réserve de malignité, en raison de la situation, qui incite à demander un contrôle gastroscopique au Docteur MOUTIER.

Gastroscopie. — La niche répond entièrement à la cavité d'un ulcère géant de la région sus-angulaire de la petite courbure fondique de 6 à 7 centimètres de diamètre. Fausses membranes tapissant le fond. Gros œdème inflammatoire en verre de montre périphérique entourant la lésion surtout en amont. Pas de gastrite macroscopique.

Liquide à jeun (dîner de la veille). Pendant l'examen spasme médio-gastrique brutal, cédant par le tangage.

Ulçère bénin.

Le malade est opéré le 28 décembre 1940 par le docteur GUÉNIN. Diagnostic opératoire : cancer de l'estomac.

Gros estomac atonique, pas de métastases abdominales appréciables, en particulier le mésocôlon transverse est absolument normal. Malheureusement la lésion de la petite courbure est fixée à la face inférieure du foie et remonte haut le long de la petite courbure.

Comme le pylore est indemne, on ne fait pas de dérivation.

Le malade quitte l'hôpital, ne souffrant plus et depuis lors a repris une alimentation normale.

Revu le 18 novembre 1941, il a regagné son poids normal et ne souffre plus. Depuis l'intervention, il n'a suivi, ni traitement, ni régime.

L'examen aux rayons X montre un estomac tout à fait normal.

N. B. — Des chirurgiens éminents qui assistaient à l'intervention ont porté eux aussi le diagnostic de malignité.

Malheureusement aucun prélèvement biopsique n'a été pratiqué.

La guérison clinique et radiologique qui dure depuis plus d'un an, autorise à penser que la lésion était bénigne.

En résumé, douleurs tardives survenant tous les jours depuis six mois, grosse niche à la partie inférieure de la petite courbure, empiétant sur l'angle avec œdème et gros plis de gastrite. Diagnostic de cancer à la laparotomie, évolution bénigne.

OBSERVATION III

(R. LEDOUX-LEBAR, J. GARCIA-CALDÉRON et NEMOURS-AUGUSTE.)

Ulcère géant de la petite courbure à forme pseudo-tumorale.

Mme D..., 58 ans, vient consulter pour des douleurs gastriques intenses accompagnées de vomissements. La malade qui a maigri et perd ses forces, présente un teint pâle, jaunâtre et un aspect général qui fait penser à la possibilité d'une lésion maligne.

Histoire de la maladie. — La malade a présenté, entre 20 et 28 ans, des crises de douleurs épigastriques survenant 1 heure environ après les repas et se répétant tous les jours. Pas de périodicité nette.

A partir de 28 ans, elle ne semble pas avoir présenté de troubles digestifs.

En février 1941, soit trente ans plus tard, survient une période de crises douloureuses très violentes. Les douleurs sont à type de crampes, localisées au creux épigastrique, principalement du côté gauche et s'irradiant dans le dos. La douleur apparaît 1 heure après les repas, elle dure 1 à 2 heures et se calme après vomissements. Elle n'est pas influencée par la prise d'alcalins ou d'aliments, ni par le décubitus. Au cours de la crise surviennent des nausées aboutissant souvent à des vomissements alimentaires. Il n'a pas été constaté d'hématémèse ni de méléna.

Le 30 avril 1941. Soignée à la consultation de gastro-entérologie et hospitalisée à la Salpêtrière dans le service du Professeur GOSSET, elle reçoit 4 injections de Laristine mais demande à être opérée par suite de l'intensité des phénomènes douloureux.

Examen radiologique (service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD).

— Grosse niche de la petite courbure. Image lacunaire méniscale sous la niche. Gros œdème péri-ulcéreux, convergence des plis en éventail. Encoche de la grande courbure.

Intervention le 18 mai 1941 (docteur LORTAT-JACOB).

Laparotomie médiane sus-ombilicale. La face postérieure de l'estomac fait corps avec le pancréas; celui-ci est très induré et infiltré. Les lésions sont là plus étendues que celles perçues sur l'estomac. D'autre part, le mésocôlon et la fossette sus-mésocôlique sont envahis. Pas de ganglions dans les pédicules gastriques.

Etant donné l'état cachectique on renonce à toute intervention d'exérèse.

Il n'y a pas d'obstacle mécanique de transit, on ne fait donc pas de gastro-entérostomie. Fermeture sans drainage.

Après l'opération, la malade n'a plus suivi de traitement médical.

Evolution. — Atténuation puis disparition des douleurs 6 jours après l'intervention. Amélioration progressive et continue de l'état général avec reprise de 4 kilogrammes en l'espace de deux mois.

Contrôle radiologique. — Le 30 septembre et le 2 octobre 1941.

Sur le cliché en réplétion (30 septembre), la niche ulcéreuse a complètement disparu et la petite courbure est nettement dessinée et régulière, peut-être légèrement rétractée dans sa moitié supérieure, et finement dentelée au voisinage de l'angle. Muqueuse gastrique lisse avec aspect verrouillé à la partie moyenne de la grande courbure.

Sur l'image par compression (2 octobre) on remarque une convergence des plis en éventail, vers la partie moyenne de la petite courbure; les sillons sont très fins, les plis de dimension normale. La partie moyenne de la petite courbure présente 2 ou 3 très petites lacunes arrondies et une tache centrale. Une ombre annu-

laire, de faible intensité à centre transparent, se projette sur l'image gastrique, mais ne semble pas en continuité avec les plis de la muqueuse. Cette dernière image dont l'interprétation paraissait très difficile a fait demander une *gastroscope* (Docteur MOUTIER). Parfaite intégrité de la muqueuse dont la couleur et le plissement étaient normaux. Au niveau supposé de l'ancienne ulcération, la muqueuse apparaissait soulevée comme par une corde arquée sur laquelle elle semblait glisser librement.

En résumé, crise douloureuse, ulcéreuse, récente, très violente, grosse niche de la petite courbure, gros œdème péri-ulcéreux, convergence des plis, encoche de la grande courbure. Aspect tumoral à la laparotomie, guérison clinique et radiologique.

OBSERVATION IV

(R. LEDOUX-LEBARD, J. GARCIA-CALDÉRON et NEMOURS-AUGUSTE.)

Ulcère géant de la petite courbure à forme pseudo-tumorale.

Mlle P..., 28 ans, n'a jamais souffert de l'estomac jusqu'en avril 1941. A partir de cette date elle commence à souffrir peu à peu de l'estomac vers 9 heures du matin, pendant 1 heure environ, puis la douleur se calme jusqu'à midi. Les douleurs reprennent à midi, ne sont pas atténuées par le déjeuner; après celui-ci, elles augmentent jusqu'à 5 heures du soir pour s'arrêter jusqu'au repas du soir. La nuit, entre 11 heures et minuit, la douleur qui avait commencé 1 heure après le repas du soir, était à son maximum. Ces douleurs augmentent d'intensité huit jours après le début de leur apparition, la malade a des vomissements qui la soulagent.

Elle vient consulter le 20 mai 1941. La malade est pâle, très fatiguée, amaigrie, ayant perdu 4 kilogrammes en trois semaines.

Examen radiologique (service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD). — On trouve du liquide à jeun et un grand estomac, dont la partie horizontale est *élargie transversalement*. Sur la petite courbure, on voit une grosse niche de 4 centimètres de diamètre longitudinal et de plus de 2 centimètres de profondeur. Le fond de la niche est

irrégulier. Cette niche est entourée d'un halo d'œdème, qui la déborde en amont et en aval.

Sur le cliché en couche mince, les plis s'arrêtent sur l'œdème. Elle est considérée comme tout à fait bénigne. Pour parfaire la documentation, un examen gastroscopique est demandé au Docteur MOUTIER.

Gastroscopie. — Liquide à jeun. Distension antrale. Ulcère géant de la petite courbure haute. Quatre centimètres de diamètre. Bords nets. Œdème périphérique. Aspect ultra-bénin. Fond avec fausses membranes crémeuses. La lésion est toujours vue de profil.

Cette malade est mise au repos au lit et au traitement médical de l'ulcus.

Revue un mois après, elle n'a plus souffert depuis trois semaines. c'est-à-dire que les douleurs ont cessé huit jours après le début du traitement. Elle a engraisé de 1 kilogramme.

Aux rayons X, on trouve une petite quantité de liquide à jeun. Il n'existe pas d'image de niche ou de déformation quelconque de la petite courbure. Image d'estomac normal.

Vue de nouveau le 10 novembre 1941, il n'existe plus de liquide à jeun. L'image gastrique est normale. Elle ne souffre plus du tout, elle a engraisé, mais ne s'est pas pesée avant de venir.

Revue le 5 février 1942, elle ne souffre plus de l'estomac, son poids est stationnaire.

En résumé, ulcère à évolution aiguë, en un mois apparition d'une grosse niche sur la petite courbure entourée d'un halo d'œdème. Traitement médical, guérison clinique et radiologique en un mois.

OBSERVATION V

Ulcère géant de la petite courbure.

M. D..., 73 ans. Début des troubles il y a deux mois. Brûlures épigastriques 2 heures après les repas, pendant 2 heures et cela quotidiennement. Calmées par ingestion d'alcalins.

Pas de vomissement.

Il y a un mois environ, melœna pendant deux jours.

Pas d'anorexie. Pâleur accentuée.

Examen : amaigrissement considérable, foie ptosé, augmenté de volume, douloureux.

Pâleur des téguments.

Constipation.

Examen radioscopique, 3 septembre 1942 (service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD). — Gros ulcus de la petite courbure de 4 centimètres de largeur et 2 centimètres de profondeur. La niche est située au tiers supérieur sur le versant postérieur de la petite courbure. Elle présente des bords nets, réguliers. A sa base, pas d'aspect lacunaire, les plis ne sont pas interrompus et pénètrent dans la niche en haut et en bas. Pas d'encoche de la grande courbure. Niche d'aspect bénin.

10 septembre 1942, malade mis à la Laristine et aux poudres alcalines.

22 octobre 1942, le malade va bien et recommence une série à la Laristine en novembre.

Depuis lors, le malade va tout à fait bien et ne suit aucun régime.

En résumé : gros ulcère de la petite courbure à évolution aiguë ayant cédé en six semaines au traitement médical.

OBSERVATION VI

Ulcère géant de la petite courbure perforé dans le pancréas.

M. W..., 64 ans, manœuvre, souffre de l'estomac depuis 1933 environ, digestions longues, avec douleurs vers les 4 heures de l'après-midi et 1 heure du matin.

En 1934, des radiographies de l'estomac n'ont rien montré, en 1935 non plus.

En 1937, un nouvel examen montre un petit ulcère de la petite courbure au tiers supérieur, avec encoche spasmodique sur la grande courbure.

Il est mis en traitement avec Laristine et poudres alcalines. Les crises passées, accalmie de plusieurs mois.

En février 1942, souffre davantage.

Le 20 février 1942, un nouvel examen radiologique montre une niche volumineuse de la partie verticale de la petite courbure.

A ce moment, il entre dans le service du Professeur GOSSET. Digestions longues, douleurs vives vers les 4 heures de l'après-midi, pliant le malade en deux, s'irradiant dans l'hémithorax gauche, durant 1 heure à 1 heure 1/2, s'arrêtant par ingestion de poudre.

Pas de vomissement ni d'hématémèse, cependant selles noires.

Une série de six infiltrations des splanchniques à la novocaïne au 1/200^e est faite du 9 au 15 mars. Le malade va mieux, et un nouvel examen radiologique pratiqué le 20 mars 1942 montre la grosse niche du 20 février diminuée des 3/4.

Le malade commence une période de calme.

Le plus souvent, ses crises douloureuses durent pendant un à deux mois, et les périodes de calme six à huit mois.

Pendant les crises douloureuses, il existe de la constipation.

Antécédents personnels.

Coliques néphrétiques, de sorte que pendant les crises ulcéreuses les douleurs rappellent les crises de coliques néphrétiques.

L'examen du malade montre de la pâleur des téguments et des muqueuses, de l'amaigrissement.

Aucun point douloureux gastrique.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Une numération globulaire donne 4.190.000 globules rouges. La formule est normale.

Après l'amélioration clinique et radiologique de mars 1942, le malade a eu une période calme de six mois environ et recommence à souffrir en octobre 1942.

Le régime, les alcalins, les piqûres ne le calment pas. Les douleurs sont de plus en plus vives et surviennent à toute heure du jour et de la nuit.

Le matin au réveil quelques moments de répit, puis les douleurs recommencent, que le malade ait mangé ou non.

Les douleurs s'irradient fortement dans l'hémithorax gauche, en avant, au niveau du rebord costal.

Un *examen radiologique*, fait le 21 janvier 1943 (service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD), montre à la même place, sur la petite courbure, une niche géante de 3 centimètres 5 de largeur, d'une profondeur de 2 centimètres 5.

Rétraction de la grande courbure.

Une contraction spasmodique, en face de l'ulcère, donne à l'estomac un aspect biloculaire. On ne voit pas de lacune. Les bords sont assez réguliers.

La niche elle-même s'inscrit, en dehors de la petite courbure, de sorte qu'étant donné sa localisation et son aspect radiologique, on peut porter le diagnostic radiologique d'ulcère géant bénin.

On propose au malade une gastrectomie qu'il accepte immédiatement.

Entré à la salle Osiris, le 17 janvier, le malade est *opéré* le 30 et sort de l'hôpital le 17 février 1943 en excellent état.

Le compte rendu opératoire un peu succinct porte : gastrectomie Hoffmeister-Finsterer pour un énorme ulcus de la petite courbure perforé dans le pancréas, dont on laisse le fond en place.

Dimension : pièce de 5 francs.

Examen macroscopique de la pièce opératoire : estomac présentant un très grand ulcère, dont on a que les bords, perforé et bouché dans le pancréas. La paroi est extrêmement mutilée par une sclérose dense et un peu infectée. La muqueuse est irrégulière, elle présente une gastrite assez accentuée avec des suffusions hémorragiques. Pas de malignité.

En résumé, histoire ulcéreuse remontant à 11 ans ayant abouti à la formation d'une niche géante de la petite courbure avec rétraction de la grande courbure et estomac biloculaire. Accalmie de six mois. Après un nouvel épisode, gastrectomie.

OBSERVATION VII

Enorme niche ulcéreuse de la petite courbure.

M. D... Léon, âgé de 60 ans, infirmier, a commencé à souffrir il y a deux mois environ.

Les douleurs surviennent environ 2 heures après les repas, siègent dans la région épigastrique, irradiant le long du rebord costal gauche. Assez vive, la douleur n'est pas toujours calmée au moment du repas du soir, mais l'alimentation la fait disparaître. De même, les poudres alcalines la calment momentanément.

Ces douleurs s'accompagnent de nausées et de vomissements. Il existe du ballonnement.

Sous-alimenté depuis longtemps, le malade a considérablement maigri, ne pesant actuellement que 67 kilogrammes au lieu de 88 kilogrammes il y a trois ans.

Ces derniers temps, les douleurs surviennent à tout moment et ne sont plus rythmées par les repas. Il n'y a que le matin au réveil que le malade ait deux ou trois heures de calme. La douleur se propage en arrière de l'hémithorax gauche, sous l'omoplate.

Un *examen radiologique* est pratiquée le 26 janvier 1943 (service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD) et montre une grosse niche de la partie supérieure de la petite courbure (4 cm. 5 de largeur sur 3 cm. 5 de profondeur), saillant vers le bas, à contours réguliers, sans particularités à sa base d'implantation. L'image avec compression montre de gros plis convergents vers la niche, l'un d'eux en suit la base. Les ondes arrivent jusqu'à cette niche.

Le malade souffrant de plus en plus est hospitalisé à la Salpêtrière. Les premiers jours d'hospitalisation, les douleurs paraissent se calmer, mais elles reprennent ensuite plus intenses et sont continues.

Opéré le 3 avril 1943 (Docteur DEBEYRE).

Ulcère géant perforé dont les bords sont nets, recouverts de muqueuse un peu infiltrée de sang. Gastrectomie en gouttière.

Aucune malignité.

Douze jours après l'intervention, la paroi s'est désunie et une fistule gastrique s'est formée. A son voisinage, la peau est indurée. L'état général est mauvais et dans les jours qui suivent la cachexie s'accuse de plus en plus, le malade meurt le 1^{er} mai de cette complication.

En résumé, syndrome douloureux épigastrique évoluant depuis

deux mois seulement. Enorme niche de la partie supérieure de la petite courbure. Gastrectomie. Mort par fistule post-opératoire.

OBSERVATION VIII

(M, le Professeur LOEPER.)

Ulcère géant de la face postérieure.

Mme V..., 75 ans, est hospitalisée à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine, le 2 mars 1940, pour intoxication bismuthique.

Il s'agit d'une malade qui souffre depuis 15 à 20 ans de l'estomac.

Les crises douloureuses de 15 jours, 3 semaines, alternaient avec des périodes d'accalmie de 2 à 3 mois, parfois plus longues.

Les douleurs, de siège épigastrique, survenaient environ une heure après les repas, duraient 2 à 3 heures, calmées par les ingestions alimentaires, les alcalins, les vomissements, ceux-ci étant tantôt alimentaires, tantôt bilieux.

Jamais d'hématémèse.

En 1932, le Docteur DE GAUDART D'ALLAINES pratique une gastro-entérostomie. L'intervention ayant été faite en clinique, aucun renseignement ne nous est fourni. Toutefois, la malade nous communique un film radiographique du 31 mars 1932.

Important liquide de stase à jeun. Sur la face postérieure de l'estomac, image plus ou moins arrondie, opaque à sa partie inférieure, claire à sa partie supérieure, à contours réguliers.

Encoche de la grande courbure.

La muqueuse gastrique est normale.

On porte le diagnostic radiologique de niche ulcéreuse de la face postérieure de l'estomac, large d'un centimètre et demi environ, un peu moins haute.

Après l'intervention, traitements électriques : diathermie, infrarouges.

La malade ne souffre plus jusqu'en janvier 1940.

A ce moment, elle est reprise de douleurs très aiguës, continues, à type de brûlure, siégeant à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, irradiant parfois dans le dos, s'exacerbant environ deux heures après les repas, partiellement calmées par les ingestions alimentaires.

Anorexie presque totale avec dégoût particulièrement marqué pour les mets acides.

Enorme amaigrissement, la malade ne pèse plus que 29 kilogrammes au lieu de 45 à 50 kilogrammes.

Pas de vomissement.

Traitée chez elle par le bismuth, sans résultat, la malade fait une intoxication qui l'amène à Saint-Antoine.

Les douleurs gastriques sont intolérables, la malade est cachectique.

Un examen radiologique est pratiqué le 6 mars 1940.

Grosse niche postérieure extériorisée à la partie moyenne de la portion verticale de la petite courbure (5 cm. 1/2 de largeur et 2 cm. 1/2 de profondeur), niche de teinte non homogène à contour régulier, s'inscrivant en dehors de la petite courbure. Ebauche de sillon vertical à la partie moyenne de la niche. Les plis de la muqueuse sont épaissis, traduisant une gastrite hypertrophique.

Encoche de la grande courbure au niveau de la niche.

La bouche de gastro-entérostomie paraît normale.

Le tubage gastrique n'est pas pratiqué, la malade l'ayant refusé.

On porte le diagnostic de cancer de la petite courbure.

La malade s'alimente à peine. Les douleurs sont d'une telle intensité que l'emploi quotidien d'injections multiples de morphine est devenu nécessaire.

Vers septembre 1940, après un examen soigneux de la malade et des clichés radiographiques, on rectifie le diagnostic de cancer pour celui d'ulcère.

La morphine est supprimée et la malade reçoit une série d'injections de Laristine. Un mois après, l'alimentation est reprise normalement, les douleurs ont disparu.

Depuis n'a jamais plus souffert de l'estomac sans aucune thérapeutique et avec une alimentation normale.

Actuellement hospitalisée à la Salpêtrière, la malade, âgée de 77 ans, présente un bon état général.

Un examen radiologique pratiqué le 14 avril 1943 (Docteur G. LEDOTX-LEBARD) montre la disparition de la volumineuse niche gastrique avec persistance d'un minuscule éperon résiduel. Estomac biloculaire. Les plis de la muqueuse sont normaux.

En résumé, malade présentant une longue histoire ulcéreuse lorsqu'elle est opérée en 1932 pour un ulcère de la face postérieure, gastro-entérostomie. Guérison clinique jusqu'en 1940, puis nouvelle poussée atrocement douloureuse et constatation d'un énorme ulcère de la face postérieure de l'estomac. Guérison clinique complète avec disparition de la niche géante, mais biloculation gastrique.

OBSERVATION IX

(Professeur Noël FIESSINGER.)

Ulcère géant de la face postérieure à forme pseudo-tumorale.

M. Serv..., 54 ans, entre à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu en janvier 1940, adressé par la consultation de médecine de l'hôpital où il est suivi depuis peu pour un ulcère gastrique; il supporte mal la protéinothérapie.

Son histoire digestive remonte à 1931, date à laquelle se sont installées progressivement des douleurs épigastriques, survenant 3-4 heures après les repas avec des accalmies de 15 jours et plus. Les crises se sont accentuées en 1939, devenant plus fréquentes, et même presque journalières quatre mois avant son entrée. Il quitte le service, son état s'étant amélioré par les antispasmodiques et le bismuth.

En novembre 1940, il fait un nouveau séjour à la Clinique médicale, les douleurs étant revenues, apparaissant plusieurs fois au cours de la journée et même la nuit, avec vomissements fréquents. Ces symptômes, joints à l'importance de la niche persistante avec sténose médiogastrique, font conseiller l'intervention. Celle-ci se

borne à une *laparotomie exploratrice* : « énorme tumeur adhérent à la paroi et dans la profondeur ! Rien à tenter », écrit le chirurgien des hôpitaux qui l'opère.

Après une sédation de deux mois, les crises réapparaissent, d'abord légères, calmées par les alcalins, puis plus fréquentes et plus violentes, bientôt presque continuelles, l'amaigrissement atteint 6 kilos.

Ces douleurs, très difficiles à calmer, ont été influencées de façon inconstante par les divers anesthésiques de surface (cocaïne, dunacaïne) en ingestion que nous avons essayés selon la technique de L. BAYER.

Antécédents. — En 1935, *cirrhose alcoolique* avec ascite guérie après dix ponctions d'une dizaine de litre chacune. En 1937, grave hémorragie de sang rouge, ayant nécessité une transfusion, suivie de troubles mentaux passagers.

Examen. — Région épigastrique sensible sans tuméfaction perceptible aux différents examens.

Examens complémentaires. — Acidité totale et chlorhydrique très légèrement augmentée après histamines en 1940 ; Boas négatif dans les selles ; légère anémie ; urée sanguine normale ; B.-W négatif ; radiographie thoracique normale.

Radiographie (Docteur LAGARENNE). — Le premier examen, en janvier 1940, montre la tendance à la biloculation nette avec une niche moyenne de la face postérieure, près de la grande courbure de l'estomac, ses contours sont réguliers. En novembre 1940, on constate une volumineuse niche de la face postérieure, ovalaire, transversale, mesurant de face 6 cm. de largeur, régulière, s'accompagnant d'une sténose médiogastrique étendue avec une véritable image lacunaire régulière, surtout au-dessous de la niche.

En décembre 1941 et mai 1942, les examens radiologiques permettent les mêmes constatations, montrant la persistance de la niche, mais pas de masse refoulant la face postérieure de l'estomac. La palpation au niveau de la niche était douloureuse.

Gastroscopie (Docteur QUITIN, 10 janvier 1942). — Biloculation d'ulcus avec deux niches d'ulcère situées l'une vers la petite cour-

bure, l'autre vers la grande courbure. Il est impossible de franchir la zone de biloculation et d'apercevoir l'antré et la région pylorique.

Gastrectomie (Docteur CL. OLIVIER, juin 1942). — Pratiquée dans le service du Professeur MONDOR, elle montre un ulcus de la taille d'un œuf de pigeon, adhérent au pancréas, dont le fond est laissé en place. Gastrectomie difficile, Hoffmeister. Suites simples.

Depuis, le malade suivi à la Clinique médicale et revu en 1943, se porte bien et ne souffre plus, sa bouche de gastrectomie fonctionne parfaitement.

En résumé : Histoire ulcéreuse remontant à une dizaine d'années, ayant abouti à la constitution d'une niche géante de la face postérieure avec sténose médiogastrique et périgastrite ayant réalisé une forme pseudo-tumorale lors d'une première intervention; gastrectomie.

OBSERVATION X

(MM. les Professeurs N. FIESSINGER et H. MONDOR.).

Due à l'obligeance du Docteur NARDI.

Ulcère géant haut placé situé sur la petite courbure
à forme pseudo-tumorale.*

Mme J., Marie, 65 ans, concierge, entre à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu le 25 août 1942 pour des douleurs épigastriques. Ces douleurs ont débuté en août 1939; elles surviennent sans aucun horaire précis, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit; siègent à l'épigastre, irradiant dans le dos, particulièrement du côté gauche, transfixiantes ou en ceinture parfois. Calmées au début par des poudres alcalines, les douleurs sont depuis un an très intenses, continues avec exacerbations qui ne sont calmées ni par l'alimentation, ni par les alcalins, seuls quelques cachets d'aspirine l'atténuent quelques instants.

Il est rare que la malade vomisse au cours de ses crises, quand celles-ci sont très fortes, elle a des nausées et rejette parfois quelques glaires. Il n'y a pas eu d'hématémèse.

L'appétit, bien conservé au début de la maladie, s'est modifié

depuis l'accentuation de la douleur, c'est ainsi qu'il existe depuis un an une anorexie presque complète pour tous les aliments. Cependant, lorsque la douleur s'atténue, l'appétit revient et la malade prendrait « n'importe quoi », dit-elle.

Il existe un amaigrissement considérable, le poids de la malade passant de 90 kilogrammes en 1939 à 49 kilogrammes aujourd'hui. Cet amaigrissement s'accompagne d'asthénie particulièrement marquée en période douloureuse, empêchant tout travail.

A l'examen, le faciès est de coloration normale, il en est de même des muqueuses.

L'examen abdominal ne décèle aucune tuméfaction, l'énorme amaigrissement permet de sentir l'expansion aortique.

L'examen cardiaque décèle un petit souffle systolique de la pointe. La T. A. est normale : 14-8.

Etant donné l'âge de la malade, son énorme amaigrissement, la constance de la douleur depuis trois ans, on songe à la possibilité d'une néoformation.

Le 19 août 1942, un *examen radiologique* est pratiqué (Docteur DUBOST).

Niche, de 2 cm. 8 de large sur 1 cm. 2 de profondeur, à fond irrégulier, siégeant sur la partie moyenne de la petite courbure, un peu en arrière. Spasme en face.

Des examens de sang sont faits le 1^{er} septembre 1942 :

Globules rouges : 3.100.000.

Globules blancs : 4.600.

Urée sanguine = 0,25.

T. S. = 3'.

T. C. = 5'.

Intervention le 5 septembre 1942 (Docteur NARDI).

Gastrectomie totale.

Enorme ulcère (?) de la dimension d'une grosse noix haut situé sur la petite courbure.

Adénopathie de la faux de la coronaire. En raison des doutes sur la nature, gastrectomie totale, aisément pratiquée. L'œsophage est facilement abaissé, on peut faire la bouche sur un segment péritonisé.

Un drain dans le foie.

Fermeture en trois plans.

Suites opératoires normales, la malade se lève pour la première fois le 21 septembre et quitte l'hôpital peu de temps après.

Examen anatomo-pathologique (Mlle le Professeur agrégé GAUTHIER-VILLARS). — — Ulcère de la petite courbure très profond ayant intéressé toutes les tuniques et provoqué autour de lui une sclérose intense qui s'étend à plus de 3 centimètres dans tous les sens. Des lésions vasculaires importantes expliquent un œdème marqué des tissus avoisinant l'ulcère. De plus celui-ci est assez infecté : il y a autour de lui une infiltration lymphocytaire très nette. Le fond de l'ulcère est constitué d'une bouillie nécrotique et hémorragique. De très nombreux ganglions de la petite courbure montrent une simple réaction folliculaire et réticulaire banale.

Nouveau film radiologique le 26 septembre 1942.

L'arrêt au cardia est plus marqué qu'à l'état normal, il y a une dilatation nette du segment inférieur de l'œsophage. Dans la petite poche à air qui subsiste, il y a un peu de liquide de stase. L'évacuation est lente.

Quatre heures après l'ingestion de la baryte, il en reste un peu dans la poche gastrique. Le reste est dans les anses grêles.

En résumé, grosse niche de la petite courbure à fond irrégulier, la persistance de la douleur depuis trois ans, l'énorme amaigrissement font suspecter un cancer. Une gastrectomie totale de sécurité est pratiquée, l'intervention ne permettant pas de trancher le diagnostic entre ulcère et cancer.

OBSERVATION XI

(Docteur LORTAT-JACOB.)

Ulcère géant haut situé sur la petite courbure.

M. M..., âgé de 52 ans, est adressé au Docteur LORTAT-JACOB en novembre 1942 par le Docteur BONCOUR avec le mot suivant :
« Enorme niche de la petite courbure, certainement purement ulcé-

reuse. Deuxième ulcère postérieur plus haut situé, vraisemblable mais non certain. C'est sur l'existence de ce deuxième ulcère que semblent devoir résider les difficultés opératoires prévisibles. Néanmoins, le début de biloculation à ce niveau fait craindre l'évolution d'un processus sténosant; et il semble qu'il faille absolument tenter l'intervention qui pourrait conduire à une gastrectomie totale ».

On ne saurait mieux résumer l'impression qui se dégageait de l'examen clinique et radiologique de ce malade, ni mieux définir la condition chirurgicale de ce cas.

Le 23 novembre 1942 : *Intervention* (Docteur LORTAT-JACOB).

Les circonstances opératoires et les lésions anatomiques ont conduit à la gastrectomie totale de nécessité.

En effet, dès l'ouverture de l'abdomen de ce malade, on se rend compte qu'à moins de se résoudre à l'abstention complète, illogique puisqu'il s'agit d'un ulcère rebelle au traitement médical, ou à une opération de Madlener qui ne serait qu'une minime pylorectomie, le procédé d'exérèse à employer ne peut être précisé que par un temps explorateur très poussé : l'estomac se laisse mal attirer et fait corps avec le pancréas en arrière, l'auvent costal très prononcé gêne pour apprécier l'étendue exacte de l'infiltration, vers le cardia qui, de prime abord, apparaît considérable.

Après décollement colo-épiploïque, afin d'examiner la face postérieure de l'estomac, l'ulcère apparaît énorme, térébrant dans le pancréas. Il masque toute la partie haute de la petite courbure qu'il empêche en outre d'abaisser. Il faut donc libérer l'ulcère, libération qui laisse une vaste brèche gastrique dont on peut apprécier les dimensions qui sont de l'ordre du tiers de la hauteur de la petite courbure. Le fond en est laissé sur le pancréas.

L'estomac vient alors, et il semble que l'image de deuxième ulcère, plus haut situé, suspecté à la radiographie, soit due à l'infiltration de la paroi gastrique, fait qui sera confirmé lors de l'ouverture de la pièce.

Grâce à cette libération, on se rend compte que l'infiltration avoisine le cardia. Mais, du même coup, tout recul opératoire est devenu impossible; la vaste brèche aux bords infiltrés est insurmontable.

La totale nous est apparue comme seule logique et capable de permettre une intervention aisée et sûre.

Gastrectomie totale sous-cardiaque de nécessité.

Le malade est sorti guéri trois semaines plus tard.

Revu récemment, il a repris du poids et ne souffre plus. Ses fonctions digestives sont satisfaisantes, à condition de faire des repas moins importants et plus fréquents que de coutume.

Interprétation de la radiographie du 19 novembre 1942 : volumineuse niche (4 centimètres de largeur sur 2 centimètres de profondeur) de la partie moyenne de la petite courbure avec fond et base d'implantation réguliers.

Biloculation surtout sus-jacente à la niche avec à ce niveau persistance d'un peu de baryte qui peut faire évoquer la possibilité d'une deuxième ulcération.

En résumé, malade ayant présenté une volumineuse niche de la petite courbure, rebelle au traitement médical. Gastrectomie totale.

OBSERVATION XII

(Mme le Docteur BERTRAND-FONTAINE.)

Ulcère géant de la petite courbure à forme pseudo-tumorale.

M. D..., 53 ans, peintre en bâtiment, entre dans le service de Mme le Docteur BERTRAND-FONTAINE le 5 octobre 1942 pour douleurs gastriques.

C'est en 1940 que sont apparues pour la première fois de vives douleurs épigastriques, survenant 3 à 4 heures après les repas et principalement l'après-midi, jamais la nuit.

Elles sont calmées par les alcalins; la nourriture les exaspère.

Les douleurs sont presque journalières et on ne note jamais plus de quelques jours de rémission.

Il y a un an, après une période de restriction alimentaire très marquée, les douleurs s'exagèrent considérablement.

Il y a six mois, en position debout, le malade éprouve au creux

épigastrique des douleurs à type de broiements. Elles irradient vers l'épaule gauche et dans la moitié gauche du dos.

Le malade éprouve de grandes difficultés à se tenir debout mais travaillant alors à Guernesey, il est contraint par ses employeurs à continuer son travail.

Les repas servis au malade, riches en cellulose, exagèrent les douleurs. Celles-ci s'accompagnent d'algies précordiales avec palpitations et tendance syncopale parfois.

Après plusieurs syncopes sur le chantier, le malade est rapatrié et entre immédiatement à la Maison Dubois.

Le 9 octobre 1942. Au lit le malade ne souffre plus, l'appétit est revenu mais, dès qu'il se lève, surviennent des douleurs épigastriques atroces, à type d'écrasement, rendant la marche impossible.

Amaigrissement de 47 kilogrammes en 8 mois.

Depuis trois mois, deux à trois fois par semaine surviennent des vomissements d'un liquide acide, agaçant les dents.

A trois ou quatre reprises, les vomissements étaient « marc de café », coïncidant avec des selles noires et pâteuses.

La palpation permet de sentir dans l'hypocondre gauche une tumeur ovalaire, du volume d'un œuf de poule, à grand axe horizontal, mobilisable sur le plan profond.

Un examen radiologique est pratiqué le 7 novembre 1942.

Niche volumineuse de la petite courbure dans sa partie moyenne. La niche, de 4 cm. de largeur et 2 cm. 5 de profondeur, s'inscrit en dehors de la petite courbure, son contour est régulier, à la partie moyenne de la niche, sillon vertical contenant de la baryte. La base d'implantation ne présente pas d'anomalies, les plis sont conservés. Pas d'encoche de la grande courbure.

On porte de diagnostic d'ulcus de la petite courbure.

Le 11 novembre 1942, tubage gastrique : 1 heure après histamine — $\text{HCl} = 1 \text{ gr. } 5$. $\text{HCl total} = 2 \text{ gr.}$

Urée sanguine = 0,45. B.W. = N.

Présence de sang dans les selles.

Le 13 novembre 1942 on commence un traitement par la soluprotine et le bismuth.

Le 21 novembre 1942, de *nouveaux clichés* sont pris après insufflation : expansion considérable des parois gastriques sous l'influence du coup de pompe. Le volume de la niche a diminué.

Un mois plus tard, le 22 décembre 1942, le malade a repris 7 kilogrammes, ne souffre presque plus. Le traitement médical est continué, un *examen radiographique* montre une diminution considérable de la niche, réduite à une petite noisette, sans aucun autre signe de voisinage.

La soluprotine est arrêtée en janvier, la thérapeutique bismuthée est poursuivie, on y adjoint l'atropine.

Le 22 février 1943, le malade est envoyé à la Salpêtrière dans le service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD en vue d'un *examen radiologique*. Il persiste au niveau de la région moyenne de la petite courbure une niche représentée par un minime cône pointu bien visible après compression. La paroi ne présente aucune modification au voisinage de cette image. Le péristaltisme est normal. La comparaison avec les images précédentes montre l'importance des progrès réalisés, les plis sont bien conservés.

L'état général est satisfaisant, le malade continue à reprendre du poids.

Intervention le 11 mars 1943 (M. le Docteur SOUPAULT).

Gastrectomie large Finsterer. Gros ulcère à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la petite courbure, plutôt sur le versant postérieur non perforé dans le pancréas.

Suites opératoires normales.

Anatomie pathologique. — Le fond de la cupule est tapissée par une couche de muqueuse beaucoup plus mince que la muqueuse normale. Le muscle est remplacé par du tissu fibreux.

Pas de dégénérescence maligne.

On a l'impression d'un ulcère en voie de réparation en avril 1943. L'état du malade est excellent.

En résumé, syndrome ulcéreux depuis deux ans. Ulcère géant de la petite courbure réalisant une forme pseudo-tumorale. Les signes radiologiques persistent, bien que très atténués, après un traitement médical prolongé. Gastrectomie.

OBSERVATION XIII

Fausse niche de la petite courbure.

M. S..., 42 ans, est vu le 9 septembre 1942 dans le service du Docteur R. LEDOUX-LEBARD pour une histoire digestive.

C'est en 1911 qu'il a eu pour la première fois une crise de douleurs gastriques durant quatre à cinq semaines.

En 1916, nouvelle crise douloureuse de un mois.

En 1926, troisième crise douloureuse. Les douleurs surviennent par intermittence, mais sans périodicité. De siège para-ombilical droit, la douleur survient quatre heures après le repas, et dure jusqu'au repas suivant.

A l'examen on trouve une hernie gargouillante para-ombilicale qui est douloureuse, et l'on porte le diagnostic de dyspepsie d'origine herniaire.

L'examen radiographique montre alors un ulcère duodénal typique et une gastro-entérostomie est pratiquée le 2 juillet 1931.

Le malade va tout à fait bien pendant 10 ans.

En janvier 1942, il souffre de nouveau de l'estomac; les douleurs assez vives surviennent deux heures après les repas et siègent au niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Il n'y a pas de nausées, pas de vomissements.

Le malade qui a été traité par la Laristine et le Collargol va bien en avril 1942.

Le 20 juin 1942, le malade souffre de nouveau depuis un mois, deux à trois heures après chaque repas, surtout après celui de midi. Il existe vraisemblablement une zone douloureuse au niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Le malade est remis au Collargol.

Le 1^{er} septembre 1942, le malade n'a plus souffert pendant deux mois, mais, depuis quelques jours, des douleurs très vives sont apparues, immédiatement après les repas.

Le 8 septembre 1942, les douleurs très violentes sont de plus en plus aiguës.

Le 9 septembre 1942, un examen radiologique est pratiqué. La radiographie montre une niche géante de la petite courbure, de forme triangulaire, mesurant 4 centimètres à la base et 3 centimètres 5 de profondeur, à contours nets et réguliers. Le diagnostic d'ulcère géant de la petite courbure est envisagé, et on conseille au malade une gastrectomie.

Entré à Saint-Louis, dans le service de M. le Docteur BAZY, le malade est opéré dans le courant de septembre par le Docteur Sylvain BLONDIN. Gastrectomie. Il existe un ulcère peptique au niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Aucune anomalie de la petite courbure.

Suites opératoires normales.

En résumé, histoire ulcéreuse datant de 30 ans. Une gastro-entérostomie est pratiquée il y a 10 ans. Reprise de douleurs continues très vives, image faisant suspecter un ulcère géant de la petite courbure. Diagnostic non confirmé par l'intervention, vraisemblablement une fausse niche due à l'anse jéjunale de gastro-entérostomie adhérente et fixée.

OBSERVATION XIV

Niche géante de la petite courbure due à un cancer ulcérimforme.

M. L..., 52 ans, souffre de l'estomac depuis 1932.

Au début, les douleurs survenaient vers 3 heures 1/2 à 4 heures, elles étaient à type de crampes épigastriques. Elles survenaient parfois la nuit, quelquefois accompagnées de vomissements. Les périodes douloureuses duraient de quinze jours à trois semaines, entrecoupées de rémissions de trois à quatre mois.

Il a été traité par poudres alcalines et petits traitements ambulatoires qui amélioraient son état passagèrement.

En automne 1941, le malade se mit à souffrir davantage et se décide à voir le Docteur Jean GOSSET.

Un cliché de ville, illisible, avait donné une sécurité illusoire.

Le 4 novembre 1941, une série de clichés faits dans le service

du Docteur R. LEDOUX-LEBARD, à la Salpêtrière, montre une grosse niche à ménisque du tiers supérieur de la petite courbure. Niche assez plate à contour irrégulier, dont la base est cerclée par une ligne plus claire.

Pas d'encoche de la grande courbure.

Les plis de la muqueuse ne sont pas visibles.

Diagnostic : lésion maligne.

Intervention le 21 novembre 1941 (Docteur Jean GOSSET).

Laparotomie exploratrice. Gros néo perforé dans le pancréas, masse importante, inopérable.

17 janvier 1942. Le malade souffre toujours. Reçoit une série de soluprotine. Douleurs très violentes dans l'hypocondre gauche à type de crampes.

Examen radiologique le 5 mars 1942. Persistance d'une grosse niche déchiquetée, pas de séparation entre la niche et la paroi. Continuité des lésions qui paraissent gastriques et s'étendent jusqu'à l'antra.

Il subit une série de 9 infiltrations de la région des ganglions semi-lunaires, du 9 au 21 mars 1942.

28 mars 1942. Après la quatrième injection, n'a plus souffert, se plaint de lourdeurs, de pesanteurs épigastriques, ballonnement.

Nouveaux clichés montrant la persistance de la niche avec, en plus, sténose s'ébauchant et déformation antrale.

4 avril 1942. GastroscoPie (Docteur Ch. DEBRAY).

Sur la face postérieure, immédiatement sous-cardiaque, énorme ulcération de 4 ou 5 centimètres de diamètre, profonde de 4 centimètres environ. Fond rempli de débris blanchâtres, poudre, débris alimentaires, il est irrégulier, tomentueux.

Les bords sont irréguliers, un peu moniliformes, mais non bourgeonnants.

L'ulcération fait ectropion vers les tissus sains, elle se prolonge très haut vers le cardia.

La lésion ne saigne pas.

Le reste de l'estomac, bas-fond et antra, n'a pu être examiné, le malade ayant pris du café le matin.

Conclusion : énorme ulcère de la face postérieure de l'estomac, probablement néoplasique.

8 mai 1942. Le malade est dans un état de cachexie extrême et souffre de plus en plus.

Mort, pas de vérification anatomique.

En résumé, histoire ulcéreuse ayant débuté 9 ans auparavant. L'accentuation des douleurs coïncide avec l'apparition d'une grosse niche à ménisque assez plate faisant porter le diagnostic radiologique de lésion maligne probable, confirmé par l'intervention, la gastroscopie et l'évolution radio-clinique. Mort.

CONCLUSIONS

1. — Les ulcères géants de l'estomac sont relativement fréquents, en particulier actuellement et nous avons pu en retrouver facilement 12 observations. Leur histoire clinique est tantôt le fait d'ulcères évoluant depuis de longues années et aboutissant à une niche géante, tantôt, mais moins fréquemment, liée à un ulcère à évolution aiguë de date récente. Les symptômes cliniques ne sont pas toujours en accord avec ces deux éventualités et en particulier les formes invétérées peuvent entraîner des crises douloureuses aiguës.

2. — A ces ulcus calleux, invétérés, à longue évolution et aux ulcus récents à évolution d'une seule tenue, il convient d'ajouter les ulcères géants à forme pseudo-tumorale (LEDoux-LEBARD, GARCIA-CALDERON et NEMOURS-AUGUSTE) caractérisés par : des signes cliniques pseudo-néoplasiques et des constatations opératoires faisant penser à une tumeur et ayant souvent fait borner l'opération à une simple laparotomie exploratrice. Mais l'examen radiologique permet, le plus souvent, de suspecter le caractère bénin de la niche géante.

3. — L'examen radiologique des estomacs présentant une niche géante doit être pratiqué avec une technique rigoureuse, car si le diagnostic de la niche est aisé, le diagnostic de sa bénignité ou de sa malignité est surtout basé sur une série de signes associés : base d'implantation de la niche, plis, état de l'estomac au voisinage et à distance.

4. — Les niches géantes ulcéreuses de taille variable, noix à mandarine, se présentent avec une certaine profondeur, leur base d'implantation se continue directement avec l'estomac, elles sont extra-gastriques.

Les signes associés : plis convergents et surtout rétraction de la petite courbure et encoche de la grande courbure, ont un gros intérêt diagnostique. Cependant, l'œdème, la gastrite associée peuvent modifier les images dans une certaine mesure.

5. — Les niches malignes sont généralement de taille inférieure et les plus grosses niches sont souvent bénignes, contrairement à ce qu'avait soutenu l'école américaine.

Elles sont le plus souvent intra-gastriques et s'accompagnent de signes associés : images lacunaires, images de ménisque vrai.

6. — Si le diagnostic de malignité ou de bénignité peut être le plus souvent suspecté par un examen radiologique bien conduit, qui, dans le cas de nos observations a toujours permis de porter le diagnostic exact, celui-ci ne devra être affirmé qu'après l'épreuve évolutive radio-clinique, qui sera toujours mise en œuvre.

Les autres étiologies interviennent exceptionnellement comme cause de niche géante.

7. — Les autres procédés diagnostiques : examen clinique, gastroscopie, n'interviennent que de façon accessoire. Cette dernière en particulier ne doit être considérée que comme une épreuve d'appoint diagnostique et seulement lorsque toutes les ressources de l'examen radiologique auront été mises en œuvre.

8. — Le traitement médical agit dans un certain nombre de cas, en particulier dans les formes aiguës. La taille de la niche n'est pas une constatation suffisante pour indiquer l'intervention. Par contre, nombre d'ulcères géants

à évolution prolongée, ne se modifient pas, et bien que siégeant sur la moitié supérieure de la petite courbure où les risques de cancérisation ne sont guère à retenir, justifient une gastrectomie, étant donné les douleurs et les troubles qu'ils provoquent.

Vu,
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,
Le Président de thèse :
LOEPER

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
GILBERT GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT (G.), OLIVIER (A.), BEAUGEARD (G.) et RUEL (H.). — Image pseudo-lacunaire disproportionnée de l'antra d'un petit cancer gastrique purement muqueux. Importance du test thérapeutique. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*. Séance du 1^{er} mai 1942, p. 171-173, 3 rad.
- ALBOT (G.), FUNCK-BRENTANO et Mme PARTURIER-LANNEGRACE. — Aspects fonctionnels pseudo-lacunaires et cancer de l'estomac au début. Soc. de Gastro-Ent., séance du 8 fév. 1943, in *Arch. Mal. App. Dig.*, p. 38-44, 3 rad., 2 fig.
- BAYER (L.). — Sur la possibilité d'un diagnostic radio-clinique entre l'ulcère simple et l'ulcère dégénéré. *Fort. a. d. G. d. Rgstr.*, 1937, 1, p. 51.
- Ueber eine möglichkeit Klinisch-Röntgenologischer Unterscheidung zwischen gutartigen und bösartigen Geschwüren des Magens. *Zbl. inn. med.*, 1934, et *Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen*, janv. 1937, 55, p. 51.
- BERGERET (A.) et CAROLI (J.). — Résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère. *La Presse Médicale*, 21 oct. 1931, n° 84, p. 1.535-1.537.
- BOCCA (C. R.) et RICO (M.). — Ulcère géant de la petite courbure de l'estomac. *Les Cahiers de Gastro-Entérologie*, 15 juin 1937, p. 5.
- BRACHET (S.). — Contribution à l'étude d'un type clinique de cancer gastrique : le cancer ulcérimorfe. *Thèse de Lyon*, 1937, 90 p., 3 rad.
- BRODIN (P.) et Mme TÉDESCO. — Ulcère de la petite courbure à niche volumineuse. Difficulté du diagnostic entre le can-

- cer ulcérimforme et le cancer vrai. Soc. de Gastro-Entérologie, séance du 11 juin 1934, in *Arch. Mal. App. Dig.*, 1934, 24, p. 889-894, 2 rad.
- BRULÉ (M.) et HILLEMAND (H.). — Les niches géantes de la petite courbure. *Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 26 fév. 1943.
- BURGER et MERREL. — A case of large nonmalignant gastric ulcer and a case of large duodenal ulcer with fatal hemorrhage. *Journ. Am. Med. Ass.*, 100, fév. 1933, n° 5, p. 336-337, 2 fig., 1 rad.
- CARMAN (R. D.). — Benign and malignant gastric ulcers from a roentgenologic viewpoint. *Am. Journ. Roentg.*, déc. 1921, p. 695.
- CHAPUY (A.). — A propos des ulcères gastriques ou duodénaux chez des sujets de plus de 45 ans. *Lyon Médical*, 157, 1936, p. 678.
- COTTENOT (P.) et CHERIGIÉ (Ed.). — Ulcère volumineux de la face postérieure de l'estomac. Comm. faite à la Soc. d'Electro-radiologie, le 12 mai 1942, in *Journ. de Radiol.*, 25, 1942-1943, n° 9, p. 140.
- DEBRAY (Ch.). — Les formes atypiques de l'ulcère de l'estomac sous le contrôle de la gastroscopie. *Thèse de Paris*, 1937, 219 p., 4 fig., 2 rad.
- Acquisitions récentes sur l'ulcère de l'estomac. *La Médecine* (Monographie), fév. 1938.
- DESPLAS (B.) et DURAND (G.). — Ulcère cancérisé et cancer ulcérimforme. *Arch. Mal. App. Dig.*, 25, mai mai 1935, n° 5, p. 441-449.
- DUFOUR. — Ulcère gastrique perforant à étendue considérable. *Bull. de la Soc. Anatomique*, 3, oct. 1901, p. 531.
- DUVAL (P.), GIRAULT (A.) et BÉCLÈRE (H.). — Ulcère géant de la petite courbure à évolution latente. Gastrectomie. Soc. de Gastro-Ent., séance du 12 juin 1933, in *Arch. Mal. App. Dig.*, 23, 1933, p. 892-894.
- FAGOT (H.-M.). — Contribution à l'étude clinique de l'ulcère géant. *Thèse de Nancy*, 1920, 49 p.

- FIESSINGER (N.), GAULTIER (M.) et LAMOTTE (M.). — Tuberculose gastrique d'origine exogène avec image radiologique en plateau. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1941, p. 419-423.
- FONDEVILLE (M.). — Contribution au diagnostic étiologique des niches géantes de la petite courbure de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1941, 56 p., 4 planches, 8 rad.
- FROEHLICH (F.), STEPHAN (F.) et FROEHLICH (Ch.). — Essais de traitement de l'ulcère d'estomac par la splanchnicectomie et l'ablation du premier ou des deux premiers ganglions sacro-lombaires. *La Presse Médicale*, 24 oct. 1942, n° 47, p. 665-666, 10 rad.
- GIRAULT (A.). — Ulcérations syphilitiques et ulcère de Cruveilhier.
- Tuberculose et ulcérations gastriques. *Encycl. Méd.-Ch., Estomac*, 9.024-9.025, p. 2 et p. 7.
- GONALOUS, CARULLA et MAISSA. — Ulcera gigante del estomago. *Arch. Argent. de Enferm. del Apar. digest.*, VIII, 1933, p. 219.
- GUTMANN (R.-A.). — Les éléments de diagnostic entre le cancer ulcérimforme et l'ulcère vrai. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23 déc. 1932, p. 1.696-1.703.
- Les caractères cancéreux des niches gastriques. *Soc. de Rad. Méd.*, 1933, p. 705.
 - A propos du diagnostic entre l'ulcère gastrique et le cancer. *Soc. de Gastro-Ent.*, séance du 14 janv. 1935, in *Arch. Mal. App. dig.*, 25, 1935, p. 281-288.
 - Sur certains débuts atypiques d'apparence grave dans l'ulcère. *Soc. de Gastro-Ent.*, séance du 11 oct. 1937, in *Arch. Mal. App. dig.*, 27, 1937, p. 1.053-1.060, 2 rad.
 - La niche géante de la petite courbure. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 27 janv. 1939, p. 77-80, 1 sch.
- GUTMANN (R.-A.), BERTRAND (I.) et PERISTIANY. — Le cancer de l'estomac au début. Doin, 1939, 1 vol.
- Syndromes douloureux de la région épigastrique. Doin, 1940, 3^e édition, 2 vol.
- GUTMANN (R.-A.) et VOULPIOTIS (G.). — Le début des ulcères. *Bull.*

- et *Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1935, p. 1.679 et *Soc. de Rad. Méd.*, nov. 1935.
- L'évolution des ulcères. *Soc. de Rad. Méd.*, janv. 1936, p. 45.
- HILLEMAND (P.), GARCIA-CALDÉRON (J.) et NEMOURS-AUGUSTE. — Cancer ulcériforme et niche en plateau. *La Semaine des Hôpitaux*, mars 1942, p. 97.
- HILLEMAND (P.), CHERIGIÉ (E.) et AUDOLY (P.). — Ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 mai 1942, p. 181.
- JACQUELIN (Ch.) et GANDY. — Ulcères térébrants à évolution continue et rapide sur l'estomac et le duodénum. *Soc. de Gastro-Ent.*, séance du 10 fév. 1936, in *Arch. Mal. App. dig.*, 26, 1936, p. 438.
- KOBBSCH (R.) — Grenzen endoskopischer und röntgenologischer Magendiagnostik. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 12 mars 1943, 69, n° 10, p. 211-221. 6 fig.
- LABEY (G.). — Ulcus géant de la petite courbure. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, 60, 7 fév. 1934, n° 5, p. 282-284, 1 fig., 1 rad.
- LAMBLINC et BROSSY (S.). — Augmentation de fréquence des ulcères gastro-duodénaux depuis la guerre. *Acad. de Chir*, séance du 2 déc. 1942. Rapport de BERGERET (A.).
- LANCHOU (G.). — L'ulcère géant de la petite courbure. *Thèse de Paris*, 1939, 62 p., 2 pl., 17 rad., 1 fig.
- LAPORTE, MOREL, DARNAUD et GOURDOU. — Niche gastrique géante de nature ulcéreuse. *Toulouse Médical*, 1938, p. 347.
- LEDoux-LEBARD (R.). — Manuel de radio-diagnostic clinique. Masson, 1933, 1 vol.
- LEDoux-LEBARD (R.) et GARCIA-CALDÉRON (J.). — Technique du radio-diagnostic. Masson, 1943.
- L'ulcère de la face postérieure de l'estomac et son diagnostic radiologique. *La Presse Médicale*, 24 avril 1937, n° 33, p. 628-630, 5 rad.
- LEDoux-LEBARD (R.) et NEMOURS-AUGUSTE. — La niche géante n'est

- pas nécessairement cancéreuse. *Soc. de Rad. Méd.*, 7 juillet 1936, p. 647.
- LEDoux-LEBARD (R.), GARCIA-CALDÉRON (J.) et NEMOURS-AUGUSTE. — L'ulcère géant de l'estomac à forme pseudo-tumorale et son diagnostic radiologique. *Soc. de Gastro-Ent.*, séance du 9 fév. 1942, in *Arch. Mal. App. dig.*, 31, 1942, n° 3-4-5, p. 174-185.
- LEPENNETIER (F.), MORIN (G.) et PÉRIER (E.-A.). — A propos d'un cas de schwannome intra-gastrique opéré. *Journ. de Rad.*, 25, 1942, n° 3-4-5, p. 58-64, 3 rad., 3 fig.
- LEPOUTRE (C.). — Hémorragies abondantes et répétées dans un vaste ulcère térébrant de l'estomac. Large gastrectomie au cours de l'hémorragie. Guérison. *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 51, 12 fév. 1933, n° 7, p. 133.
- LERICHE (R.). — Examen critique des idées actuelles sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux en fonction de nos connaissances sur l'histo-physiologie gastrique. *Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir.*, 55, 1929, n° 5, 6 fév., p. 233-239.
- LOEPER (M.). — Leçons de path. digestive. Masson éditeur, 1912-1919, 1^{re} et 3^e séries.
- LOEPER (M.) et SCHULMANN. — Les lésions du pneumogastrique et le syndrome de l'ulcère de la petite courbure. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1913, p. 1.119.
- Un cas d'ulcus de la petite courbure. *Progrès Médical*, 18 janv. 1920, n° 3, p. 25-26.
- LOEPER (M.) et TURPIN (R.). — Les éperons et niches de la petite courbure. *Progrès Médical*, 15 oct. 1924, n° 42, p. 635-636.
- LOICQ (R.). — Ulcère géant de la petite courbure. Volumineuse niche de Haudeck. *Journ. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.*, 32, 1925, n° 2, fév., p. 33-34.
- LORTAT-JACOB (J.-L.). — La gastrectomie totale. Exceptionnellement appliquée à deux ulcères haut situés de la petite courbure de l'estomac. *La Presse Médicale* (sous presse).
- MAC CARTHY (W. C.). — Chronic gastric ulcer and gastric carcinoma. A study of 507 simple chronic ulcers and 895 carcinomatous ulcers. *Am. Journ. Roentg.*, 1920, p. 591.

- Chronic ulcer and carcinoma of the stomach. *Am. Journ. of the Med. Sc.*, 1927, p. 466.
- MATHIEU (A.) et MOUTIER (F.). — L'ulcère géant de l'estomac. *Arch. Mal. App. dig.*, 10, 1919, p. 257-279, 4 fig.
- METIVET (G.). — A propos de la communication de M. LERICHE sur les ulcères gastriques. *Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir.*, 55, 1929, n° 6, 13 fév., p. 246-247.
- MONDOR (H.), PÉRIER (E.-A.) et OLIVIER (Cl.). — Schwannome de l'estomac. *Acad. de Chir.*, 1941, 9 juillet, p. 641-642, 2 fig.
- MONGES (J.). — Enorme niche gastrique. Disparition. Soc. de Gastro-Ent., séance du 11 oct. 1937, in *Arch. Mal. App. dig.*, 27, 1937, p. 1.060-1.062, 2 rad.
- MONGES (J.) et LÈGRE (M.). — Disparition de volumineuses niches d'ulcères de la petite courbure. *Marseille Médical*, 1937 (2), p. 135.
- MONGES (J.) et MOSINGER. — Gros ulcus de la petite courbure pénétrant dans le pancréas. Mort subite. Importance des lésions nerveuses gastriques et pancréatiques. *Arch. Mal. App. dig.*, 26, 1936, p. 954.
- MOUTIER (F.). — Le diagnostic de la guérison dans l'ulcère gastro-duodénal à la lumière de la clinique, de la radiologie et de la gastroscopie. Soc. de Gastro-Ent., séance du 8 juin 1931, in *Arch. Mal. App. dig.*, 21, 1931, p. 821-832.
- Etude gastroscopique des formations cavitaires internes (diverticules et niches) dans divers états morbides de l'estomac (hyperkinésie, ulcère, gastrite). Soc. de Gastro-Ent., séance du 9 oct. 1933, in *Arch. Mal. App. dig.*, 23, p. 1.108-1.114.
- Etude gastroscopique de l'ulcère géant de la petite courbure. *Le Documentaire Médical*, avril 1936, p. 2.325-2.327, 4 fig., 2 rad.
- Cicatrisation médicale des grands ulcères de l'estomac. Soc. de Gastro-Ent., séance du 8 janv. 1940, in *Arch. Mal. App. dig.*, 29, 1940, p. 1.013-1.016.
- MOUTIER (F.) et GIRAULT (A.). — Ulcère diverticulaire de la petite

- courbure, insidiosité du développement malgré de très fortes dimensions. Soc. de Gastro-Ent., séance du 6 juillet 1925, in *Arch. Mal. App. dig.*, 15, 1925, p. 715-721, 1 fig.
- PAUCHET (V.) et LUQUET (G.). — A propos d'un ulcus géant de l'estomac à marche rapide, traité par la résection. *Bull. Acad. de Méd. (Paris)*, 105, 1931, n° 3, 20 janv., p. 87-89.
- PAUCHET (V.), LUQUET (G.) et HIRCHBERG. — Ulcères de l'estomac et du duodénum. Doin, 1929, 1 vol.
- PÉRISSEL (J.). — Essai de classification des formes cliniquement atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. *Thèse de Paris*, 1942, 138 p., 4 fig.
- PÉRISTIANY (Th.). — Le cancer ulcéroforme de l'estomac. Etude clinico-radiologique. *Thèse de Paris*, 1937, 113 p., 44 fig.
- RAVAULT, GIRARD et VIALIER. — Deux cas d'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure à allure pseudo-néoplasique chez des sujets âgés. *Lyon Médical*, 165, 1941, n° 4, 26 janv., p. 49-56, 1 pl., 2 rad.
- SAVY (P.), VACHON (A.) et ROMAGNY (G.). — Les ulcères géants de la petite courbure. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 avril 1939, p. 249.
-

IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux
P A R I S
